



Терапия, основанная на процессах

**Руководство
по процессам психологических изменений
в клинической практике**

Стефан Г. Хофманн
Стивен С. Хейс
Дэвид Н. Лоршейд

Терапия, основанная на процессах

**Руководство по процессам
психологических изменений
в клинической практике**

Learning Process-Based Therapy

**A Skills Training Manual for
Targeting the Core Processes of
Psychological Change in Clinical Practice**

Stefan G. Hofmann, PhD
Steven C. Hayes, PhD
David N. Lorscheid

Терапия, основанная на процессах

Руководство по процессам
психологических изменений
в клинической практике

Стефан Г. Хофманн,
Стивен С. Хейс,
Дэвид Н. Лоршейд



Москва • Санкт-Петербург
2023

ББК 88.4
X85
УДК 615.851

ООО “Диалектика”

Перевод с английского и редакция Т.С. Писанюк

Научный консультант канд. психол. наук О.В. Гусева

По общим вопросам обращайтесь в издательство “Диалектика” по адресу:
info.dialektika@gmail.com, <http://www.dialektika.com>

Хофманн, Стефан Г., Хейс, Стивен С., Лоршейд, Дэвид Н.

X85 Терапия, основанная на процессах. Руководство по процессам психологических изменений в клинической практике. : Пер. с англ. — СПб. : ООО “Диалектика”, 2023. — 272 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-5-907515-45-1 (рус.)

ББК 88.4

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства New Harbinger Publications, Inc.

Copyright © 2021 by Stefan G. Hofmann, Steven C. Hayes, and David N. Lorscheid.

All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition of the *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice* (ISBN 978-1-6840-3755-1), published by Context Press, an imprint of New Harbinger Publications, Inc.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

Научно-популярное издание

Стефан Г. Хофманн, Стивен С. Хейс, Дэвид Н. Лоршейд

Терапия, основанная на процессах.

Руководство по процессам

психологических изменений в клинической практике

Подписано в печать 27.01.2023. Формат 70х100/16

Усл. печ. л. 21,9. Уч.-изд. л. 15,6

Тираж 300 экз. Заказ № 1547

Отпечатано в АО “Первая Образцовая типография”

Филиал “Чеховский Печатный Двор”

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru, тел. 8 (499) 270-73-59

ООО “Диалектика”, 195027 г. Санкт-Петербург ул. Магнитогорская, д. 30, литер А, пом. 828А, п/я 116

ISBN 978-5-907515-45-1 (рус.)

ISBN 978-1-6840-3755-1 (англ.)

© ООО “Диалектика”, 2023,
перевод, оформление, макетирование
© 2021 by Stefan G. Hofmann,
Steven C. Hayes, and David N. Lorscheid

Оглавление

Об авторах	15
Предисловие	17
Глава 1. Переосмысление клинической науки и практики	19
Глава 2. Сетевой подход	35
Глава 3. Расширенная эволюционная мета модель	51
Глава 4. Измерение когниции, аффекта и внимания	69
Глава 5. Измерения селф, мотивации и поведения	95
Глава 6. Биофизиологический и социокультурный уровни	119
Глава 7. Восприимчивость к контексту и сохранение	143
Глава 8. Подробнее о процессах	165
Глава 9. Разрушение системы	185
Глава 10. Основные компоненты терапии	203
Глава 11. Курс терапии	225
Глава 12. От проблем — к процветанию: сохранение и приумножение достижений	245
Глава 13. Инструменты РВТ на практике	257
Эпилог	265
Список литературы	267

Содержание

Об авторах	15
Предисловие	17
Глава 1. Переосмысление клинической науки и практики	19
Протоколы лечения синдромов	20
Чего хотят от науки терапевты и клиенты	25
Преимущество концепции, основанной на процессах	27
Создание новой структуры	29
Функциональный анализ для определения процессов изменений	31
Метамодель целей лечения	32
<i>Действие 1.1. Определите проблему</i>	33
Глава 2. Сетевой подход	35
Что такое процесс	35
Сетевое мышление	39
Анализ сетевой модели	45
Применение сетевого подхода	47
<i>Действие 2.1. Создание сетевой модели</i>	50
Глава 3. Расширенная эволюционная метамодель	51
Медиаторы	52
Придание процессам смысла	55
Шесть ключевых концепций эволюции	56
Применение эволюционных концепций к метамодели	59
<i>Действие 3.1. Исследование измерения</i>	61
Возвращение к медиации	63
Десять этапов функционального анализа на основе процессов как новая форма диагностики	66
Глава 4. Измерение когниции, аффекта и внимания	69
История Майи	70
Измерение когниции	74

<i>Действие 4.1. Когниция</i>	78
Измерение аффекта	79
<i>Действие 4.2. Аффект</i>	84
Измерение внимания	84
<i>Действие 4.3. Внимание</i>	89
Функциональный анализ Майи	90
<i>Действие 4.4. Заполните свою схему ЕЕММ: измерения когниции, аффекта и внимания</i>	93
Глава 5. Измерения селф, мотивации и поведения	95
История Джули	96
Измерение селф	98
<i>Действие 5.1. Селф</i>	104
Измерение мотивации	104
<i>Действие 5.2. Мотивация</i>	109
Измерение поведения	109
<i>Действие 5.3. Поведение</i>	114
Функциональный анализ Джули	115
<i>Действие 5.4. Заполните свою схему ЕЕММ: измерения селф, мотивации и поведения</i>	116
Глава 6. Биофизиологический и социокультурный уровни	119
“Утренний туман” Майкла	120
Биофизиологический уровень	123
<i>Действие 6.1. Биофизиологический уровень</i>	130
Социокультурный уровень	131
<i>Действие 6.2. Социокультурный уровень</i>	137
Функциональный анализ Майкла	138
<i>Действие 6.3. Заполните свою схему ЕЕММ: биофизиологический и социокультурный уровни</i>	140
<i>Действие 6.4. Создание предварительной новой сетевой модели</i>	141
Глава 7. Восприимчивость к контексту и сохранение	143
Как повысить восприимчивость к контексту	145
Майя и медитативное упражнение	146
Как улучшить сохранение	156
<i>Действие 7.1. Заполните свою схему ЕЕММ до конца</i>	161

Глава 8. Подробнее о процессах	165
Таблица ЕЕММ	166
Определение соответствующих процессов	170
Иерархия процессов и “клиент не меняется”	171
Доступность процессов изменений	172
Измерение соответствующих процессов	172
Заметить мысли Джули	174
Выбор медиаторов	176
<i>Действие 8.1. Адаптивные процессы</i>	182
Глава 9. Разрушение системы	185
Альтернативные варианты	185
Исследование системы	189
Забота Майкла о себе	191
Упростить сеть	198
Переломные моменты	199
Глава 10. Основные компоненты терапии	203
Пример компонентов терапии, нацеленных на внимание	207
Пример компонентов терапии, нацеленных на когницию	210
Пример компонентов терапии, нацеленных на аффект	214
Пример компонентов терапии, нацеленных на мотивацию	216
Пример компонентов терапии, нацеленных на поведение	219
Пример компонентов терапии, нацеленных на биофизиологические процессы	220
Пример компонентов терапии, нацеленных на селф и социальные процессы	221
Будущее базовых компонентов терапии	223
Глава 11. Курс терапии	225
Возвращение к сетевой модели	225
Подготовка обратной связи для руководства терапией	227
Проблемы Майи с медитацией	228
Обсуждение обратной сети	230
Исследование сети	232
Изменение сети	234

Выбор новой стратегии	234
<i>Действие. 11.1. Выбор основного компонента терапии</i>	238
Дополнительная обратная связь	242
Переход к сложным процессам	243
Глава 12. От проблем — к процветанию: сохранение и приумножение достижений	245
Фокус на процессах, а не на непосредственных результатах	246
Создание самоподдерживающихся циклов вокруг здоровых процессов изменений	249
Практика и повторение ключевых процессов изменений	250
Интеграция здоровых процессов в широкие схемы действий	250
Повторное появление проблемных областей в качестве сигналов для позитивных процессов изменений	251
Применение принципов поддержания	252
Жизнь — это процесс, который нужно прожить, а не проблема, которую нужно решить	253
Глава 13. Инструменты РВТ на практике	257
Работа над сетью вместе с клиентом	258
Система записей на сеансе РВТ	260
Упростить сетевую модель	261
Работа с иерархией процессов	263
Совместное использование сетей с коллегами	264
Эпилог	265
Список литературы	267

Важная книга, которая предлагает реалистичный, действенный и разумный способ концептуализации проблем отдельных клиентов и подбора уникального лечения для каждого из них. Сосредоточившись на конкретных процессах, авторы направляют нас к лучшим идеям из целого ряда подходов. Замечательный набор инструментов и концептуальный путеводитель для клинициста. Это голос современной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), и он звучит ясно.

— Роберт Л. Лихи, д-р философии, директор Американского института когнитивной терапии и автор книги *Терапия эмоциональных схем*¹

Терапия, основанная на процессах (РВТ), — это комплексная инновационная модель, воплотившая в жизнь лучшие практики. Данная книга составлена в виде серии практических упражнений, которые упрощают проблему клинического применения независимо от уровня опыта терапевта или его предпочтений в теории.

— Джеффри К. Зейг, д-р философии, основатель и генеральный директор Фонда Милтона Х. Эриксона, координатор конференции *Эволюция психотерапии*

Благодаря мудрым советам и практическим инструментам из этой своевременной и важной работы у нас есть возможность серьезно усовершенствовать многочисленные терапевтические подходы. Исследуя жизнь людей через сети, авторы четко и подробно освещают, как можно адаптировать доказательный подход к конкретным людям и эмпирически подтвержденным процессам изменений, чтобы повысить эффективность терапевтической помощи не только в области борьбы со страданиями, но и для закрепления долгосрочных изменений. Используя подкрепленные исследованиями знания о воплощенном и относительном человеческом разуме, а также о том, как он запутывается в паттернах дисфункции

¹ Роберт Л. Лихи, *Терапия эмоциональных схем*. — ООО Издательство “Питер”, 2019. — 448 с.

и освобождается благодаря трансформации, эта книга помогает всем, кто каким-либо образом способствует развитию личности на протяжении всей жизни.

— **Дэниел Сигел**, д-р медицинских наук, автор бестселлеров *Майндсайт*², *Сознание*³, *Разум*⁴, *Растущий мозг*⁵

В любой науке часто приходится делать шаг назад, чтобы оценить результаты и задать новые смелые направления на будущее. Это именно то, что авторы сделали в своей книге. Сосредоточившись на процессах, а не на содержании, они формулируют уникальный способ предлагать, исследовать и внедрять эффективные подходы, чтобы наилучшим образом помочь людям достичь главных жизненных целей. Эта работа направляет нас вперед!

— **Артур М. Незу**, д-р философии и гуманитарных наук, член Американского совета профессиональной психологи, заслуженный профессор психологии и наук о мозге в Дрексельском университете и главный редактор журнала *Clinical Psychology*

Текст данной книги — образцовый пример соединения процессов и методов лечения. Нам предоставляют множество клинических сценариев, которые помогут развиваться всем, кто осваивает концепции терапии принятия и ответственности (АСТ). Лично я высоко ценю включение концепций эволюционной науки в метамоделю с целью прогнозирования и влияния на адаптивное и дезадаптивное поведение. Это в высшей степени прагматичный подход к РВТ.

— **Рут Энн Рехфельдт**, д-р философии, сертифицированный поведенческий аналитик, руководитель программы бакалавриата по психологии и профессор прикладного анализа поведения в Чикагской школе профессиональной психологии

² Дэниел Сигел, *Майндсайт: новая наука личностной трансформации*. — Манн, Иванов и Фербер, 2015. — 336 с.

³ Дэниел Сигел, *Сознание: наука и искусство присутствия*. — Манн, Иванов и Фербер, 2019. — 320 с.

⁴ Дэниел Сигел, *Разум: что значит быть человеком*. — Манн, Иванов и Фербер, 2019. — 336 с.

⁵ Дэниел Сигел, *Растущий мозг*. — Эксмо, 2016. — 272 с.

Книга проливает свет на важный аспект лечения: трансдиагностические процессы, которые приводят к дисфункции и на которые следует ориентироваться в терапии. Авторы предлагают систему для выявления и изменения этих критических аспектов.

— Джудит С. Бек, д-р философии, президент Института когнитивно-поведенческой терапии им. Бека и автор книги *Когнитивно-поведенческая терапия*⁶

Ежедневно на рынке терапии появляется очередной брендовый план вмешательств. Мне не нужны инновации или новый жаргон. Благодарю Бога за эту книгу с ее четким и систематизированным подходом к пониманию эффективных процессов, затрагивающих различные области. Я по-другому взглянул на страдания клиентов с точки зрения динамических систем, а не чего-то статичного. Книга удивительно практична и понятна. Мне это нравится.

— Джозеф Чароки, д-р философии, профессор-исследователь Австралийского католического университета и соавтор книг *Твоя жизнь, твой путь*⁷, *The Thriving Adolescent* и *The Weight Escape*

В доказательных психологических методах лечения и исследованиях, поддерживающих такого рода вмешательства, отсутствует нечто важное — четкий и существенный акцент на человеке, получающем лечение. Авторы книги являются одними из самых выдающихся ученых-клиницистов в мире и смело приступают к решению этой проблемы с помощью РВТ. Благодаря их руководству клиницисты научатся направлять эффективные принципы психологических изменений на людей, проходящих терапию. Каждый клиницист должен ознакомиться с этими стратегиями.

— Дэвид Х. Барлоу, д-р философии, член Американского совета профессиональной психологии, профессор психологии и психиатрии, основатель Центра тревожности и связанных с ней расстройств (CARD)

⁶ Джудит С. Бек, *Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям*. — ООО Издательство “Питер”, 2018. — 416 с.

⁷ Джозеф Чароки, *Твоя жизнь, твой путь*. — Smart Reading, 2021. — 180 с.

Книга как глоток свежего воздуха. В ней все названо своими именами. Модель дифференциального лечения разъясняет, какой подход для лечения какого расстройства имеет свое время. Предложенный здесь подход, основанный на процессах, подводит нас к многообещающему новому трансдиагностическому, транстеоретическому доказательному подходу, ориентированному на процессы изменений, которые соответствуют потребностям конкретного клиента. Очень дальновидно. Обязательная к прочтению книга, замечательный вклад.

— **Лесли Гринберг**, д-р философии, заслуженный профессор психологии Йоркского университета, автор книги *Changing Emotion with Emotion* и соредактор журнала *Patterns of Change*

Мне нравится конкретный подход к психотерапии, описанный в этой книге! РВТ предлагает клиницисту альтернативу лечения по протоколам, ориентированным на расстройства. Книга учит терапевта разрабатывать модель индивидуального случая и руководствоваться ею при лечении, отслеживая прогресс и внося коррективы на основе данных мониторинга по мере продолжения терапии. Интеллектуальная основа модели расширяет кругозор и является новаторской.

— **Жаклин Б. Персонс**, директор Оклендского центра КПТ, клинический профессор Калифорнийского университета в Беркли и автор книги *The Case Formulation Approach To Cognitive-Behavior Therapy*

Об авторах

Стефан Г. Хофманн — д-р философии, обладатель премии Гумбольдта кафедры клинической психологии Марбургского университета им. Филиппа; профессор психологии на кафедре психологии и наук о мозге Бостонского университета. Доктор Хофманн был президентом ряда профессиональных организаций и в настоящее время является главным редактором журнала *Cognitive Therapy and Research*. Он опубликовал более 500 научных статей и двадцать пять книг. Также является высоко цитируемым исследователем и обладателем множества наград, в том числе премии Гумбольдта. Его исследования сосредоточены на механизме изменения терапии, практической реализации открытий из неврологии, регуляции эмоций и культурных выражений психопатологии. Вместе со Стивеном С. Хейсом разработал терапию, основанную на процессах (PBT).

Стивен С. Хейс — д-р философии, профессор Фонда Невады на кафедре психологии Университета Невады в Рино, президент многочисленных профессиональных организаций и автор сорока семи книг и более 650 научных статей; входит в число наиболее цитируемых ныне живущих психологов. В своих исследованиях д-р Хейс показал, как язык и мышление приводят человека к страданиям. Также является создателем и соавтором ряда методов и теорий: терапии принятия и ответственности (АСТ) — многофункционального терапевтического метода; теории реляционных фреймов (RFT) — эмпирической программы в области языка и познания; PBT (со Стефаном Г. Хофманном).

Дэвид Н. Лоршейд — коуч и автор книг. Получил степень бакалавра психологии в Университете Радбуда в Неймегене, Нидерланды. Лоршейд специализируется на оказании помощи людям с низкой самооценкой и социальной тревожностью. Его компания *Feel Confidence* в веселой и игровой форме использует доказательные методы психотерапии для помощи в преодолении страхов и приобретении уверенности в себе. На данный момент его семинары посетили тысячи людей из более чем двадцати стран, а его статьи достигли более миллиона читателей.

Предисловие

На протяжении десятилетий практикующим специалистам в области психического здоровья и поведенческого здоровья во время обучения говорили, что их работа должна быть “доказательной”. Они учатся читать научную литературу. Они тщательно обучены “диагнозам”. Они изучают доказательные протоколы и приобретают статистические навыки.

Но что-то здесь не так. Нет роста эффективности. Распространенность проблем в области психического и поведенческого здоровья не снижается. Доказательные методы лечения не оправдывают ожиданий. Слишком многие практикующие врачи считают эту модель лечения отупляющей. И сама область развивается слишком медленно.

Кажется, сейчас мы наблюдаем завершение одной эпохи и начало другой. Доказательный подход стал определяться как реализация эмпирически проверенных протоколов, нацеленных на психиатрические синдромы. Биомедицинализация человеческих страданий, на которой основывалась эта модель, не оправдала себя. Протоколы получили широкое распространение и плохо соответствуют потребностям отдельных людей.

Пришло время предпринять что-то принципиально другое.

Терапия, основанная на процессах (PBT), — это новое определение понятия доказательной терапии. Речь идет не о новом методе лечения; это новый способ мышления о методах лечения. Мы считаем, что конкретный подход и изучение новой формы функционального анализа, основанного на процессах изменений, продвинул эту область вперед. Новый подход связывает доказательные процессы с основными методами доказательной терапии, организованными в более экономные и в то же время всеобъемлющие модели, в которых лучше учитываются истинные желания клиентов.

В книге предложен основной набор навыков и инструментов для изучения этого нового подхода, который опирается на лучшие из наших клинических традиций и на прочную основу науки о вмешательствах. Пришло время для чего-то принципиально другого. Если вы готовы начать, то и мы готовы.

От издательства

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также свой обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info.dialektika@gmail.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Переосмысление клинической науки и практики

Билл, тридцатилетний мужчина, проходит лечение после недавнего разрыва со своей девушкой. Он чувствует себя подавленным. Из-за этого происшествия Билл стал чаще размышлять, и это только ухудшает его настроение. Сара — молодой сопереживающий Терапевт. Она только что завершила стажировку, где изучала протокол когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для лечения депрессии. Она умело проводила каждый сеанс в соответствии со структурированным руководством по лечению депрессии. После первоначальной оценки и проведения психиатрического просвещения она представила трехкомпонентную модель эмоций, описав ее когнитивные, эмоциональные и биофизиологические аспекты. Сара вела контрольные формы для наблюдения за поведением, мыслями и чувствами Билла, а затем сосредоточилась на его дисфункциональных мыслях и дезадаптивном поведении. Согласно терапевтическому руководству особой целью терапии Сары была склонность Билла к руминациям (размышлениям).

После двенадцати сеансов она оценила депрессию Билла с помощью шкалы депрессии Бека (BDI), которая показала умеренное, но заметное проявление депрессии. Результат удовлетворил обоих: клиента и терапевта. Судя по улучшению состояния Билла, его можно было бы даже считать “респондентом”, если бы он участвовал в клиническом испытании. Дойдя до последнего сеанса, Сара решила, что пришло время прекратить лечение. Она отпустила Билла домой с рекомендациями практикования навыков, которыми он овладел во время лечения, включая упражнения по поведенческой активизации и навыки борьбы с размышлениями и другими когнитивными ошибками.

После завершающего сеанса Билл поблагодарил Сару. Однако по дороге домой он испытывал беспокойство. Билл чувствовал себя менее подавленным, чем раньше, но понял, что не приблизился к желаемому эмоциональному

состоянию и благополучию в целом. Он все еще чувствовал себя одиноким и оторванным от жизни после расставания. Мужчина отмахнулся от своих переживаний, подумав, что терапия не способна исправить все, и, возможно, он просто не создан для серьезных отношений. Беспокойство не уходило, и Билл задавался вопросом, что ему теперь делать.

Сара же чувствовала, что все идет как надо. Она следовала многократно проверенному протоколу лечения депрессии и считала, что прекрасно выполнила свою работу. Исходя из традиционных показателей результатов, дело было явно успешным, и она приняла это. Вскоре ее внимание переключилось на других клиентов, и Билл постепенно погрузился в воспоминания.

Сара никогда не узнает, что Билл переживал беспокойство и уязвимость даже в тот момент, когда в последний раз покидал ее кабинет. Она никогда не узнает, что через несколько месяцев все его усилия будут направлены на то, чтобы справиться с одиночеством, и он снова впадет в депрессию, даже будет думать о самоубийстве.

Что пошло не так? Нельзя сказать с полной убежденностью, что для всех проблем Билла существует успешное решение, но можно быть уверенным: некоторые из них на самом деле вообще не были затронуты. Сара не обращала внимания на некоторые аспекты неприятностей своего клиента, такие как одиночество, отношения, а также чувство социальной изоляции и несчастья. Билл часто размышлял об этом и задавался вопросом, откуда они взялись и что их подпитывает. Сара лишь коснулась этих вопросов и подумала, что они разрешатся естественным образом после того, как она обратила внимание на склонность Билла к руминации, его подавленное настроение и соответствующее поведение. Навыкам взаимоотношений не было уделено достаточно внимания в структурированном руководстве по лечению, которое она так хорошо знала. Поскольку Сара успешно лечила депрессию с помощью набора доказательных методов, она считала, что этого будет достаточно.

Вот только это оказалось не так.

Протоколы лечения синдромов

Страдает ли Билл болезнью под названием “депрессия”? Как это можно определить? Казалось бы, вопрос очевиден и ответ должен быть на поверхности, но это не так. COVID-19 — это вирус, вызвавший всемирную пандемию. Мы находимся в самом ее разгаре, когда пишем эти слова.

Многие люди умерли из-за вируса. У одних инфицированных были легкие симптомы, а у других их вообще не наблюдалось. Измерение температуры тела — это быстрый, но крайне ненадежный способ выявить зараженных вирусом. Гораздо более точным тестом является поиск антител или фрагментов РНК самого вируса. Наличие этих биологических маркеров четко указывает на наличие заболевания.

Аналогичного теста на депрессию, тревогу, шизофрению или любое другое психическое расстройство не существует. Ни одного. Также не существует вакцины, которая защищала бы людей от того или иного психического расстройства. Тем не менее на протяжении десятилетий психиатрия придерживалась медицинской модели заболевания, которая предполагает, что симптомы психического расстройства являются выражением основного заболевания. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) и Международная классификация болезней (МКБ) — инструменты для достижения этой цели. Более ранние версии DSM и МКБ были основаны на психоаналитической теории и предполагали, что психические расстройства являются результатом глубоко укоренившихся конфликтов. Современные исследования указывают на дисфункции в биологических и психологических процессах, а также процессах развития в качестве основной причины. Прежде всего, за последние сорок лет в рамках академической психиатрии пытались выявить биологические маркеры психических расстройств, например в генах или участках мозга.

Поиск остается безуспешным, и по мере расширения научных знаний долгожданные результаты еще больше ускользают. Например, полный геномный анализ почти полумиллиона человек не смог подтвердить релевантность какого-либо из часто изучаемых генов для распространенных психических расстройств [5]. Похоже, что генетические факторы взаимодействуют друг с другом, а также с историей и контекстом жизни человека, вызывая психические проблемы весьма разнообразными способами.

Отсутствие успеха в этой области не привело к отказу от медицинской модели. Возможно, самой популярной причиной возникновения психических расстройств был дисбаланс нейромедиаторов. Поэтому фармацевтические компании разрабатывали, тестировали и продавали лекарства, меняющие систему нейромедиаторов, особенно серотонин, дофамин, ГАМК и глутамат. Эти препараты были протестированы в рандомизированных плацебо-контролируемых испытаниях. В некоторых из них сообщалось об умеренном влиянии на некоторые симптомы предполагаемого расстройства (но во многих других исследованиях этого не было). Смелые

исследователи-новаторы начали сравнивать эффективность этих препаратов с психологическими вмешательствами, в первую очередь КПТ, но также и с некоторыми другими формами доказательной терапии. Для того чтобы психотерапия оставалось сфокусированным на симптомах и испытания проводились адекватно, необходимо было разработать протоколы терапии.

Результаты потрясли всю отрасль. Они часто публикуются в психиатрических журналах высокого уровня и вызывают много споров. Хорошая новость заключалась в том, что в этих испытаниях часто обнаруживалось: КПТ не уступает или даже превосходит самые эффективные фармакологические препараты. Плохая новость, однако, тоже есть: КПТ отдаляется от теоретической основы и превращается в ориентированное на симптомы и основанное на протоколе вмешательство, нацеленное на расстройство, а не на лечение клиента. Сегодня КПТ считается золотым стандартом психологического лечения, признанным даже наиболее биологически ориентированными исследователями.

Научная и социальная значимость этого достижения велика. Несмотря на богатство знаний, собранных в ходе клинических испытаний и метаанализов различных форм доказательной терапии, полученные результаты мало что дали для объяснения важных индивидуальных различий в проявлениях и реакции на лечение или для содействия пониманию механизмов изменения лечения, особенно когда различия видов были усреднены по группам. В рандомизированном клиническом исследовании, сравнивающем уровни депрессии участников при различных вмешательствах с использованием основного показателя результата (например, шкала общего клинического впечатления), вариабельность ответов участников рассматривается просто как оценка посторонних факторов и погрешности измерения. Следовательно, теряется информация об уникальном паттерне улучшения или ухудшения состояния индивидуума и его связи с настоящим моментом, контекстом и лечением. Большая часть этих исследований включает в себя изучение вероятности того, что лечение будет направлена на постановку диагноза, а не процессы, обстоятельства и симптомы, которые характеризуют конкретного человека.

Тем временем целое поколение выросло с коммерчески успешной, но с научной точки зрения ложной идеей, будто переживание психических трудностей означает, что у вас есть определенная биологически обусловленная дисфункция мозга. В результате потребители меньше интересуются терапией, независимо от того, что предполагают данные. С 1998 по 2007 г.

(последнее десятилетие с хорошими показателями) число людей, использующих только психологические методы изменения, сократилось почти в половину, в то время как число тех, кто комбинирует психологические методы с лекарствами, уменьшилось примерно на 30 %. Что резко возросло, так это использование медикаментов: две трети людей с психологическими трудностями теперь получают только лекарства в качестве вмешательства [27].

Конечный успех стратегии “протоколы лечения синдромов” зависел от выявления функциональных расстройств или по крайней мере от наблюдения крайне специфичных эффектов лечения, группированных по синдромам. Когда ни то, ни другое не проявилось, научный путь к зрелой форме доказательной терапии превратился в откровенный эмпиризм, в котором почти все сравнивается почти со всем в широком разнообразии синдромов или субсиндромов. Математика этого исследовательского подхода делает невозможным его наращивание, даже если количество новых методов вмешательства и синдромальных образований можно было бы волшебным образом удерживать на текущем уровне, чего он не может.

В эпоху протоколов лечения синдромов в научную стратегию и стратегию общественного здравоохранения проник последовательный набор ключевых предположений. Однако каждое из них сейчас открыто оспаривается, а некоторые, как известно, являются ложными. В то же время появляется мощная альтернативная стратегия, которая перекликается с некоторыми процессуальными и идиографическими предположениями ранних поведенческих исследований, а также основанной на них терапии.

Из-за различных нежелательных последствий теории скрытого заболевания этому альтернативному варианту потребовалось время, чтобы его заметили. Во-первых, эта теория, как правило, мешает разработчикам терапии проанализировать роль нормальных психологических процессов в поведенческих результатах. Кроме того, остаются без внимания предпочтения клиентов в отношении практических результатов. Вместо этого приоритет остается за предпочтительным списком признаков и симптомов. Человеческие страдания сводятся к гипотетическим аномалиям мозга и биологическим дисфункциям, при этом недооценивается первостепенное значение личности, культурный и биопсихосоциальный контекст. Критики DSM и МКБ утверждают, что расстройства — это произвольные ярлыки, используемые для описания типичных человеческих переживаний, которые считаются ненормальными. Примером этой концепции является то, что в разных странах ожидания и взгляды относительно того, что считается нормальным, различаются. Человек, который утверждает,

что разговаривает с духами, может считаться шизофреником в одной культуре, в то время как в другой его считают святым.

Подход DSM и МКБ откладывает лечебную пользу диагностики и оценки на неопределенный срок, как будто конечная цель такой классификации, которая заключается в улучшении результатов, была запоздалой мыслью. Неэффективность DSM или МКБ была принята как данность вместо шокирующего признания их ошибочности.

В ответ на все эти критические замечания Национальный институт психического здоровья (NIMH) создал систему критериев предметной области исследований (RDoc), целью которой является классификация психических расстройств на основе измерений наблюдаемого поведения и нейробиологических показателей [23]. В рамках RDoc предполагалось, что лежащие в основе психобиологические отклонения приводят к определенным паттернам, которые накладываются при различных психопатологиях. Кроме того, в рамках инициативы использовались различные уровни анализа, включая молекулярный и поведенческий анализ участков мозга и уровня симптомов для определения конструкций, которые предположительно являются основными симптомами психических расстройств.

Хотя первостепенное внимание RDoc уделяет основным процессам, в своей реализации эта система почти полностью сосредоточена на биологических процессах и приравнивает психиатрические проблемы к заболеваниям мозга [22]. DSM, МКБ и RDoc убеждают, что психологический стресс вызван латентным заболеванием. В то время как согласно DSM или МКБ считается, что скрытые конструкции измеряются с помощью клинических впечатлений и отчетов о симптомах, в RDoc предполагается, что латентные заболевания можно измерить с помощью биологических и поведенческих тестов. Однако, если сама модель латентного заболевания ложна, RDoc дает недостаточно информации для процессуального направления. Необходимо столкнуться с отсутствием доказательств в пользу самой модели латентного заболевания, чтобы практикующие терапевты переключили основное внимание на процессы изменений: механизмы, которые приводят человека к изменениям, учитывают контекст, обеспечивают пользу лечения и рекомендации по вмешательству, а также упрощают сложность природы человека.

Между тем после создания системы RDoc врачи, государственные учреждения и общественность в разных частях мира по-прежнему не были убеждены в ценности доказательной психологической помощи. Протоколы порой было трудно внедрить, а отсутствие известных компонентов

и процессов изменений затрудняло их адаптацию к конкретным людям. Большинство клиентов, получавших психосоциальное лечение, были лишены необходимой помощи.

Чего хотят от науки терапевты и клиенты

Практически каждый терапевт сталкивался с таким пациентом, как Билл. И так же, как Сара, врач может верить, что изменил жизнь клиента к лучшему, едва коснувшись его проблем. Билл и Сара слишком зациклились на “депрессии” как на чем-то, что “есть” у Билла, и упустили разнообразные существенные детали переживаний человека после разрыва отношений, который вызвал глубоко укоренившиеся чувства одиночества и неполноценности.

Люди — не диагностические категории; это страдающие существа, каждый со своей историей и целями. Билл не “владеет” депрессией. Он чувствует себя подавленным (одиноким и потерянным) из-за идиографических биопсихосоциальных факторов, которые также включают его личную историю, прошлый опыт и дезадаптивные способы справляться с невзгодами.

У Билла есть своя история, которая привела его к терапии. Жизни отдельных людей нельзя рассматривать вне контекста, как и процессы изменений, которые влияют на жизненные траектории. Практикующим врачам не нужно подстраивать под человека набор псевдомедицинских категорий или ярлыков, описывающих страдания людей. Вместо этого им нужны согласованные и широко применимые модели процессов изменений, которые должны произойти на разных уровнях (психологическом, биофизиологическом и социокультурном), чтобы получить долгосрочные позитивные результаты для людей, которым они помогают. Давно известна функциональная значимость процессов изменений, поэтому фокус на пользе лечения может быть *первым* шагом к категоризации, а не долгожданной надеждой, которая никогда не реализуется. В конце концов, повышение вероятности действительно хорошего результата — это то, чего хотят от интервенционной науки как врачи, так и клиенты. Ее самые популярные методологические и аналитические инструменты не в полной мере справляются с этой задачей, даже когда они направлены на процессы изменений. Но начиная с чистого листа, мы видим новые способы описания человеческих трудностей с использованием других доступных методологических и аналитических инструментов. Мы видим новые пути достижения прогресса.

Процессы изменений представляют собой ближайшие характеристики клинического случая с течением времени, по которым можно с большой долей вероятности предсказать долгосрочные результаты. Важна их непосредственная природа. Например, мы знаем, что изменения в рассказе клиентов о своих мыслях и трудностях на первых сеансах терапии могут повлиять на последующие результаты. С помощью этих маркеров практикующие врачи могут отслеживать прогресс во время сеансов. В отличие от других областей знаний, компетентность терапевтов не растет по мере приобретения опыта, потому что они не получают немедленной реакции на свою практику. Тем не менее акцент на процессе предоставляет практикующим специалистам непосредственную и функционально полезную обратную связь, необходимую для того, чтобы опыт обогащал знания.

Мы определяем терапевтические процессы изменений как теоретически обоснованные, динамичные, прогрессивные, контекстуально связанные, модифицируемые и многоуровневые изменения или механизмы, которые происходят в предсказуемой, эмпирически установленной последовательности. Благодаря им можно добиться желаемых результатов (взято с небольшим уточнением из статьи С. Хейса) [22, С. 38].

- **Теоретически обоснованные**, потому что связаны с четким научным изложением взаимосвязей между событиями, которые приводят к проверяемым прогнозам и методам влияния.
- **Динамичные**, поскольку включают в себя петли обратной связи и нелинейные изменения.
- **Прогрессивные**, потому что иногда есть необходимость расположить их в определенной последовательности для достижения цели лечения.
- **Контекстуально связанные и модифицируемые**, поскольку непосредственно предполагают практические изменения или основные методы лечения, доступные практикующим врачам.
- **Многоуровневые**, поскольку некоторые процессы взаимозаменяемы или являются частью других.

Наконец, следует отметить, что термин *терапевтический процесс* иногда используется в литературе для широкого обозначения отношений между клиентом и терапевтом, в том числе таких общих факторов, как терапевтический альянс. Термин *терапевтический процесс*, как мы его используем, может включать в себя это более традиционное использование, если

такие процессы основаны на четко определенной и проверяемой теории и соответствуют предлагаемым нами эмпирическим стандартам. Однако это не синоним традиционного использования [22, С. 38]. Позже мы еще вернемся к этому определению, когда более подробно объясним различные его аспекты.

В нынешней парадигме медицинской модели врачам, практикующим доказательную терапию, необходимо либо ограничить свою практику конкретными синдромами, либо приобрести опыт в широком спектре протоколов лечения различных синдромов. Это несостоятельно, непрактично и неразумно и основывается на неверных предположениях. Специалисты в этой области изо всех сил пытались добиться широкого разрешения многих подобных проблем, и подход “протоколы лечения синдромов” не смог их решить. Мы считаем, что наука об интервенциях должна опираться на изменения, основанные на доказательных процессах, и соответствующие процедуры. Пришло время двигаться вперед.

Преимущество концепции, основанной на процессах

Каждый терапевтический подход включает в себя собственные методы оценки, терминологию и приемы, которые при необходимости должны быть адаптированы к конкретному человеку. Концепция, основанная на процессах, представляет собой один из последовательных наборов процессов изменений, которые могут быть применены к широкому спектру проблемных областей индивидуально адаптированным образом. Таким образом упростится стоящая перед специалистами задача адаптировать основные методы терапии к потребностям клиента. В рамках этого подхода нет необходимости обращаться к “школам”, “терапевтической ориентации” или протоколам. Существуют естественные философские различия, которые следует учитывать. Модели процессов изменений позволяют упростить и систематизировать имеющиеся фактические данные. Но основные терапевтические направления, различия в ориентации и “фирменные” вмешательства отходят на второй план по сравнению с индивидуальными потребностями клиентов.

Система, ориентированная на процесс, помогает уменьшить бесплодные дебаты об уровнях анализа (например, *это мозг; нет, это терапевтические отношения*) или предпочтительных аспектах психологического развития (например, *это когнитивное; нет, это поведенческое*), которые

не должны стоять выше удовлетворения конкретных потребностей конкретного человека. Терапевты и исследователи вместо этого переключили бы свое внимание на наиболее важные биопсихосоциальные процессы, учитывая цели и текущие обстоятельства клиента, и на определение методов, которые наилучшим образом продвигают его к этим целям, с большей свободой рассмотрения процессов и методов в рамках традиций и подходов [13; 22].

Руководство по вмешательству должно быть научно последовательным, а его польза для лечения должна соответствовать потребностям конкретного человека [16]. Наш аргумент в пользу подхода, основанного на процессах, заключается в том, что он позволит этому виду терапии преодолеть ловушки протоколов лечения синдромов, которые замедлили научный и клинический прогресс и сделали понятие доказательной терапии для многих неприятным. Ориентируясь на индивидуальные потребности клиентов и сохраняя фокус на процессах изменений, мы разработаем программы интервенционных исследований, которые более полно интегрируют подходы, ориентированные на личность (идиографические) и то, чем мы делимся с другими (номотетические).

Данный вопрос не связан с численностью; это вопрос уровня анализа. Интенсивная, часто повторяемая оценка, связанная с динамическим сетевым анализом (который мы опишем в главе 2), может быть включена в рандомизированные контролируемые испытания вмешательств. Это позволяет разработать программу исследований, которая учитывала бы индивидуальные особенности при рассмотрении номотетических вопросов, не нарушая логических и статистических допущений. Цель состоит в том, чтобы получить основанную на теории и проверяемую модель процессов, которые участвуют в лечении. Многие необходимые для этого процедуры уже известны; их нужно только выстроить таким образом, чтобы они подошли конкретному человеку [13].

Такое видение доказательной терапии меняет классический “клинический вопрос” Гордона Пола для доказательной терапии, которая определяла первые этапы развития поведенческой терапии. Вместо “Какое лечение наиболее эффективно для этого человека с этой конкретной проблемой, при каких обстоятельствах и как оно возникает?” [28, С. 44] современный подход, основанный на процессах, предполагает вопрос: “На какие основные биопсихосоциальные процессы этого клиента следует ориентироваться, учитывая эту цель в данной ситуации, и как их можно наиболее эффективно изменить?” [22].

Изменение основного вопроса смещает внимание с назначения эффективного плана терапии для определенных проблем на внедрение эффективных элементов терапии, основанной на системах процессов терапевтических изменений. Например, вместо поиска наилучшего лечения депрессии фокус смещается на поиск наилучшего способа улучшить настроение, уменьшить одиночество и способствовать более значимым и близким отношениям у клиента, у которого после разрыва отношений развились ригидность и паттерны эмоционального избегания. Это простое изменение может дать Биллу гораздо более богатый терапевтический опыт, а Саре более широкий набор доказательных инструментов, необходимых для решения проблемы Билла.

Наше название доказательной терапии, комбинируемой с концепцией процессуальности, — *терапия, основанная на процессах*, или РВТ. Речь идет не о новой терапии, это новая модель доказательной терапии. Ее цель состоит в том, чтобы понять и сосредоточиться на процессах изменений на примере конкретного индивидуума и отойти от номотетического группового анализа, который, как правило, упускает важные индивидуальные процессы, которые могут быть существенными для эффективного лечения. РВТ подчеркивает приоритет функции над содержанием и основывается на выявлении и тестировании ключевых процессов изменений, которые опираются друг на друга, чтобы обеспечить клиенту наиболее эффективную терапию в конкретном контексте в конкретный момент времени. Таким образом, лечение адаптировано к конкретным проблемам человека в настоящий момент, хотя мы признаём, что эффективное лечение не должно ограничиваться какой-либо одной конкретной терапевтической ориентацией (например, поведенческой или психодинамической) или стратегией лечения, а скорее специфическими, измеримыми процессами изменений, с помощью которых можно решить индивидуальные проблемы и способствовать благополучию.

Создание новой структуры

На протяжении полувека в этой области преобладал биомедицинский подход, основанный на модели скрытого заболевания. Этот подход оказался безуспешным, и мы считаем, что хорошего понемножку. Страдающего индивида нельзя рассматривать только с точки зрения генетики, мозговых нарушений или дисбаланса нейромедиаторов. На протяжении десятилетий создание доказательной терапии основывалось на экспериментальных

испытаниях протоколов, разработанных для воздействия на психиатрические синдромы. По мере ослабления этой парадигмы на ее место приходит основанный на процессах терапевтический подход, сосредоточенный на том, как наилучшим образом изменить основные биопсихосоциальные процессы в конкретных ситуациях для конкретных клиентов с заданными целями. Вопрос по своей сути более узконаправленный, чем принято в доказательной терапии. В этой книге мы изложим методы оценки и анализа, которые интегрируют идиографические данные и приведут к номотетическим обобщениям в эпоху ориентации на процессы.

Подвергать сомнению что-либо в науке разрушительно. В рамках определенной области исследования априорные аналитические допущения составляют базу, на основе которой задаются вопросы об используемых методах и релевантности данных. Профессионалы часто рассматривают вопросы, методы и аналитические единицы просто как необходимые инструменты хорошей науки, а не как отражение предположений, и в результате может случиться дезориентация, когда происходит переоценка и предположения критически проверяют.

Переход к концепции РВТ требует переосмысления наших вопросов в области клинической психологии с “Какие методы терапии эффективны?” на “Как работают методы терапии?” Цель РВТ состоит в том, чтобы лучше понять, на какие основные биопсихологические процессы следует ориентироваться, учитывая конкретные цели человека и стадию вмешательства, и как это лучше всего сделать, используя функциональный анализ, сложные сетевые подходы и идентификацию основных процессов изменения, разработанных на основе доказательных методов лечения [13]. Подход РВТ предполагает выявление и работу с основными процессами изменений с акцентом на проблемы клиента.

Вмешательство включает в себя задействование проверяемых гипотез для опоры на индивидуальные сильные стороны клиента и определения проблемных областей в соответствии с его целями. Согласно синдромальной классификации отдельные люди составляют однородную группу на том основании, что у них одно и то же скрытое заболевание, хотя десятилетия исследований показали, что даже люди со схожими проблемами часто сталкиваются с разными жизненными трудностями. На успех синдромального подхода были потрачены миллиарды долларов и десятилетия. И все же надежды не оправдались. Пришло время меняться, даже без финансовой поддержки со стороны крупных фармацевтических компаний и финансовых агентств.

Акцент на процессах изменений поднимает фундаментальные практические, методологические и статистические проблемы, которые становятся более очевидными после отказа от стандартного диагностического подхода. “Однородность населения”, обещанная диагностическими категориями DSM и МКБ, так и не были достигнута. Не был признан тот факт, что без гомогенности математически невозможно сделать обобщение от группового анализа к индивидуальному [9]. Область клинических и психологических исследований готова применять индивидуальные статистические терапевтические подходы (хотя и более сложные) для расширения наших знаний о психопатологии и когнитивно-поведенческих вмешательствах. Подход с акцентом на процессе позволяет сфокусироваться на индивидууме, контексте его жизни и симптомах.

Функциональный анализ для определения процессов изменений

PBT фокусируется на функционально важных процессах изменений, обеспечивая пользу лечения. Следовательно, цели терапии, такие как учет контекста и целесообразности конкретного поведения, аналогичны целям классического функционального анализа. Однако в PBT работают с более широким спектром процессов. Это направление адаптировано для использования клиницистами. Мы препятствуем сами себе, когда конкретными диагнозами ограничиваем применение доказательных методов лечения, сосредоточиваясь на лечении определенной категории или применяя “фирменный” метод вмешательства. Хотя диагностически специфические доказательные методы лечения обычно основаны на хорошо зарекомендовавших себя эффективных стратегиях, представьте, насколько более точными могли бы быть эти методы лечения, если бы они были адаптированы к конкретному человеку или его потребностям? Научиться этому — цель нашей книги.

Функциональный анализ изначально использовался в рамках поведенческой терапии для описания контроля поведения с помощью таких принципов, как непредвиденные обстоятельства подкрепления. Это можно рассматривать как идентификацию и модификацию релевантных, действенных и контролируемых процессов, которые связаны с конкретным поведением индивида. Эти связи варьируются по силе в зависимости от степени влияния переменных друг на друга.

Хотя многие исследователи отмечают значение функциональной работы, функциональный анализ особо не использовался за пределами тради-

ционного анализа поведения, где акцент на прямых непредвиденных обстоятельствах по-прежнему преобладает. В РВТ подчеркнута роль функционального анализа, и недавно было описано, как связать представленную в этой книге модель с новым видом *функционального анализа, основанного на процессах*, который мы рассмотрим позже [16]. Это, в свою очередь, станет средством адаптации основанных на фактических данных процедур к соответствующим процессам.

Чтобы применить новый вид функционального анализа, терапевтические процедуры и процессы должны отличаться друг от друга. Терапевтические процедуры — это методы, используемые терапевтом для достижения целей лечения клиента. Терапевтические процессы, с другой стороны, могут быть описаны как лежащие в основе последовательности биопсихосоциальных изменений, которые приводят к достижению клиентом своих целей лечения [13]. Как применять это различие, подробно рассмотрим дальше.

Как клиницисты, мы отслеживаем функции и контекст мыслей, эмоций, изменения внимания, самоощущения, мотивации и поведения наших клиентов в дополнение к развитию осведомленности о биофизиологических и социокультурных областях, имеющих отношение к целям наших клиентов. Изучая эти области с точки зрения процессов изменений и соотнося данные с решениями о вмешательстве, мы получаем конкретные инструменты для применения доказательной функциональной аналитической структуры, выявления и нацеливания процессов изменений, которые помогают клиентам в достижении своих целей.

Метамодель целей лечения

Клиницисты различаются по своим терапевтическим ориентациям, предубеждениям и даже любимым терапевтическим стратегиям. В результате один и тот же клиент может столкнуться с множеством терапевтов с разными подходами. РВТ не ограничивает вариативность этих клинических подходов. Фактически РВТ поощряет клиницистов рассматривать доказательные процессы, которые возникли вне их собственного терапевтического подхода, и использовать те, которые лучше всего подходят для их клиента.

Следовательно, РВТ должна основываться на представлении о вмешательстве, которое учитывает любые доказательные процессы изменений, независимо от конкретной терапевтической ориентации. Для этого нам нужна комплексная, внутренне согласованная, функциональная система

для организации процессов РВТ. Теоретические основы этой метамодели основаны на эволюционных принципах, которые помогают понять развитие сложных систем в науках о жизни. Наша *расширенная эволюционная метамодель* (ЕЕММ) обеспечивает согласованность и общий язык для такой системы [17]. Как будет описано позже, ЕЕММ применяет эволюционные концепции вариативности, отбора и сохранения согласно контексту к ключевым биопсихосоциальным измерениям и уровням, связанным с человеческими страданиями, проблемами и полноценным функционированием. В этом суть РВТ и прикладная цель данного руководства по обучению навыкам. Да начнется путешествие!

Действие 1.1. Определите проблему

В каждой главе мы будем периодически останавливаться и просить вас применить то, о чем говорим, в коротких упражнениях под заглавием “Действие”. Эти упражнения на английском языке также можно скачать с веб-сайта этой книги: <http://www.newharbinger.com/47551>. В некоторых из них мы попросим вас изучить эти идеи, применив их к своей жизни. Для этого есть две причины. Во-первых, потому, что вы знаете подробности своей жизни и можете привнести этот богатый опыт в выполнение задания. Другая заключается в том, что благодаря интуиции или чувствам вы можете получить более точное представление о перспективах применения тех или иных заданий в своей жизни. Для многих упражнений мы приводим примеры ответов. Поэтому, пожалуйста, держите блокнот или гаджет под рукой для заметок во время чтения книги, и давайте перейдем к первому заданию.

Выберите одну или две проблемные области в вашей жизни, над которыми вы могли бы поработать при необходимости с терапевтом. Они могут иметь долгую или короткую историю; единственное требование — они должны быть актуальны для вас на сегодняшний день. Просто опишите каждую проблемную область, как будто во время консультации у специалиста. Укажите все детали, которые сочтете значимыми.

Мы предлагаем вам рассмотреть одну или две проблемные области, потому что со следующей главы мы вернемся к ним, и может потребоваться некоторое время, чтобы сузить ваше внимание до той, которая наилучшим образом соответствует целям этих пошаговых упражнений и кажется достаточно важной. Если уже сейчас вы знаете лучший вариант, просто придерживайтесь его.

Затем, основываясь только на том, что вы знаете из предыдущего обучения, попробуйте обозначить то, что вы написали, используя только диагнозы DSM и МКБ. не бойтесь использовать “не указано иное” или “расстройство адаптации”. Если вы чувствуете, что должны использовать несколько диагнозов, пожалуйста.

Наконец, коротко напишите о том, какие чувства и мысли возникают у вас, когда вы думаете о категории DSM или МКБ. Куда разум ведет вас? Как вы реагируете, когда смотрите на свои проблемные области через призму DSM или МКБ?

Ниже приведен пример выполнения упражнения. Мы будем использовать историю этого воображаемого клиента во всех примерах.

Пример

Проблемная область. Я становлюсь тревожным и неуверенным в себе, когда разговариваю с другими, особенно с незнакомыми людьми или руководством. Я замечаю, что погружаюсь в мысли, беспокоюсь о мнении других людей обо мне и боясь не понравиться им. В результате я все больше и больше утопаю в размышлениях. Я беспокоюсь о том, что могу сказать что-нибудь глупое и поставить себя в неловкое положение. Я справляюсь с этими страхами, либо чрезмерно компенсируя их и пытаюсь быть самым веселым и интересным человеком в комнате, либо отступаю, оправдываюсь и возвращаюсь домой. Страх преследуют меня всю жизнь.

Диагноз DSM или МКБ. Социальное тревожное расстройство, социофобия.

Мои чувства и мысли. Диагноз согласно DSM кажется слишком упрощенным и в то же время угрожающим. Такое ощущение, будто все мои трудности отражает один ярлык. И это похоже на подтверждение того, что со мной что-то не так. Что-то сломано внутри меня, и из-за этого я, как человек, становлюсь менее значимым. Еще кажется, будто мне нужны лекарства, чтобы решить проблему.

ГЛАВА 2

Сетевой подход

Отказавшись от идеи подгонять клиентов под формы DSM или МКБ, мы сможем перейти к более полезному и прогрессивному подходу. Он гораздо лучше отражает реальность клиента, поскольку сосредоточен на том, что наука может рассказать нам о трудностях клиента и что нужно сделать, чтобы удовлетворить его потребности и достичь его целей. Называется это *подходом, основанным на процессах*. Во второй главе рассмотрим первый элемент этого подхода — сетевую модель, которая описывает текущую ситуацию клиента, личную историю и все другие процессы, на которые ориентируется Терапевт. Эта сетевая модель ляжет в основу нашей работы с клиентом. Но прежде чем мы перейдем к этому, определим сначала основные термины.

Что такое процесс

Слово “процесс” имеет латинское происхождение и означает *движение вперед*, как на параде или процессии, а его современное определение существует уже 400 лет и означает *серию действий, направленных на достижение определенного результата*. Процесс в РВТ — это последовательность событий, которая, как известно, влияет на благополучие человека. Влияние бывает прямое (например, регулярные физические упражнения напрямую влияют на самочувствие) или косвенное (знакомство с кем-то, кто регулярно занимается спортом, может вдохновить больше заниматься спортом и таким образом влиять на самочувствие). В любой момент внутри каждого человека одновременно происходит множество процессов, которые взаимодействуют и сказываются на общем самочувствии.

Не все процессы оказывают положительное воздействие. На самом деле многие процессы негативно влияют на самочувствие, например избегание чувства тревоги или подавление травмирующих воспоминаний. Более того, одно и то же событие может привести к дезадаптивному поведению у

одних людей и адаптивному у других, несмотря на внешнее сходство. Например, ранняя смерть родителя заставляет одного человека, который не в состоянии справиться с горем, изолироваться от общества, страданий и отчаяния, в то время как другой человек, переживая горе, укрепляет связь с близкими и развивает устойчивость перед лицом жизненных стрессов. Все зависит от конкретного человека, контекста его жизни и задействованных процессов.

Существует практически неограниченное количество биопсихосоциальных процессов, активных внутри каждого человека, именно поэтому ограничимся теми, которые имеют отношение к клиническим вмешательствам. Общий термин “процессы изменений” применим как к дезадаптивному, так и к адаптивному поведению. Дезадаптивные процессы особенно важны с точки зрения терапии и диагностики, функционального анализа и негативных целей вмешательства, в то время как адаптивные процессы обеспечивают позитивные цели, которые необходимо поддерживать. Когда процессы изменений имеют отношение к достижению терапевтических целей, они являются *терапевтическими процессами*. Они бывают самых разных форм, но все наиболее полезные терапевтические процессы обладают одними и теми же пятью качествами. Напомним, что терапевтические процессы имеют теоретическое обоснование, динамичны, прогрессивны, связаны контекстуально и являются частью многоуровневой системы. Мы кратко определили эти пять характеристик в прошлой главе; здесь подробнее рассмотрим их значение.

Теоретически обоснованы. Терапевтический процесс связан с четким изложением взаимосвязей между событиями, которые приводят к проверяемым прогнозам. Например, предположим, что в какой-то конкретной теории подчеркивается, как мысли о возможном унижении приводят к сильным эмоциям в социальных ситуациях, которые затем затрудняют социальное функционирование. Подобная концепция процесса заставляет терапевта оживиться, когда клиент, избегающий общения, говорит: “Я беспокоюсь, что люди будут смеяться надо мной”. Терапевт стал бы внимательно следить за признаками повышенной тревожности, которые препятствуют социальному поведению. Процесс — это не единичное событие, это концептуально спрогнозированная взаимосвязь между одним событием (например, мысль “Люди будут смеяться надо мной”) и другими событиями (чувство тревоги и снижение социального функционирования).

Динамичный. Терапевтический процесс включает в себя петли обратной связи и нелинейные изменения. Предположим, что у человека есть мысль о собственной ущербности, и он верит в ее правдивость. Такое сочетание может привести к отказу от элементарных гигиенических процедур, таких как принятие душа. Социальная реакция других людей (например, демонстративное отстранение или ехидные комментарии), в свою очередь, побуждает клиента еще больше поверить в то, что он ничего не стоит. Таким образом, вера в собственную ущербность, отсутствие гигиены и социальное выражение отвращения со стороны других людей теперь соединились в самоусиливающуюся петлю обратной связи, где каждое событие усиливает другие в процессе.

Прогрессивный. Возможно, терапевтический процесс потребует организовать в определенной последовательности для достижения цели терапии. Например, бывает недостаточно просто определить, что тяга клиента к кокаину приводит к употреблению наркотиков. Для эффективности лечения также необходимо выявить нарушение ценностей, которое произошло в результате зависимости, чтобы у клиента была достаточно сильная мотивация реагировать на тягу по-другому. Правильная последовательность процессов поможет достичь цели терапии.

Контекстуальный. Терапевтический процесс должен быть привязан к контексту и поддаваться модификации, чтобы терапевт мог напрямую предложить практические изменения или основные методы лечения. Например, никакая терапия не сможет отменить сексуальное насилие, с которым клиент столкнулся в своей жизни. Однако история сексуального насилия может сказываться на многих аспектах жизни клиента здесь и сейчас, и именно здесь вы можете вмешаться, например повлиять на условия, при которых недоверие к другим приводит к чрезмерной осторожности с интимными партнерами в попытке почувствовать себя в безопасности. Случай сексуального насилия сам по себе не связан с контекстом и не поддается модификации, но поскольку он вредит отчасти из-за процессов изменения, происходящих в конкретных ситуациях (попытка изменить чувство, вызванное этим случаем в контексте интимных отношений), ключевые терапевтические процессы находятся в пределах досягаемости терапевтических вмешательств.

Многоуровневый. Терапевтический процесс может заменять другие процессы или накладываться на них. Например, недостаток концентрации приводит к рыданиям клиента из-за чувства стыда, но этот процесс

также замешан в нездоровой путанице мыслей о вине в смерти партнера. Фокус на процессе горя, связанном с самообвинением, отодвигает остальные процессы на второй план или предстает в новой, более широкой перспективе.

Таковы характеристики терапевтических процессов, и не стоит о них забывать, когда пытаемся разобраться в ситуации клиента. Сосредоточив внимание на процессах терапевтических изменений, которые соответствуют этим характеристикам, можем объединить знания из наиболее различных теоретических областей. Как правило, в разных школах клинической психологии существуют параллельные концепции. Хотя зачастую трудно прийти к соглашению по общим моделям, гораздо легче заинтересовать всех процессами изменений. И если мы находим процессы, обладающие вышеупомянутыми характеристиками, то можно рассматривать их как подспорье альтернативного подхода к DSM или МКБ.

В терапии, основанной на процессах, процессы изменений помогают выйти за рамки традиционной модели DSM или МКБ и разработать эффективный подход к лечению, поскольку он сфокусирован на процессах, которые, как уже известно, функционально важны для достижения долгосрочных положительных или отрицательных результатов. И для того, чтобы сделать этот шаг, нужно убедиться, что концепции для описания и объяснения терапевтических процессов, обладают следующими тремя характеристиками.

Точность. Терапевтический процесс должен обладать точностью, чтобы было ясно, когда именно конкретный процесс изменения применим. Например, понятие “избегание” менее точно, чем понятие “избегание сильных чувств”. Требуя, чтобы процессы изменений назывались точно, мы устраним общую эвристику и свободные метафоры, замещающие процессы изменений.

Рамки. Терапевтический процесс нуждается в рамках, поскольку применяется к целому ряду явлений. Например, основанный на “словесных ссорах с близкими друзьями” процесс имеет меньший охват, чем такой процесс, как “укрепление эмоциональной дистанции посредством ссор, отказов и ухода”. Требуя, чтобы процессы изменений имели рамки, мы исключаем те, которые являются просто переформулированными версиями конкретных психологических эпизодов, и поощряем те, которые широко применимы к психическому миру клиента. С научной и

практической точки зрения просто бесполезно сосредоточиваться на процессах, применимых только к узким областям.

Глубина. Клиническая психология встроена в широкий массив научных знаний, охватывающих нейробиологию, физиологию, генетику, социальные процессы и многие другие области. Таким образом, терапевтический процесс нуждается в глубине, чтобы фактические данные соответствовали устоявшимся научным выводам на различных уровнях анализа. Например, если концепция эмоционального процесса противоречит данным из нейробиологии эмоций, где-то допущена грубая ошибка. Если в структуре науки существует такое противоречие, то описание процесса изменений неадекватно.

Внутри клиента все время происходит множество различных процессов изменений одновременно. Они связаны с чувствами, мыслями, поведением человека, самоощущением и даже его биологическим, социальным и культурным опытом. Чтобы докопаться до истины и описать ситуацию со всей ее сложностью структурированным, практическим способом, нужен надежный и простой подход к организации информации о клиенте и его особенностях. Мы считаем, что эту проблему можно решить, используя сетевой подход.

Сетевое мышление

Сетевые модели часто используются для понимания динамических и взаимосвязанных систем. Например, ученые-климатологи полагаются на сетевые модели, чтобы понять изменения температуры и погоды по всему земному шару. Эксперты фондового рынка применяют сетевые модели для отслеживания и прогнозирования роста и падения отдельных акций. И мы тоже будем использовать сетевые модели, чтобы внести ясность в историю болезни клиента, текущую ситуацию и вероятную реакцию на лечение.

Сеть состоит из отдельных взаимосвязанных частей, которые влияют друг на друга. В РВТ мы создаем сетевые модели с помощью квадратов и стрелок, где два квадрата соединяются друг с другом стрелкой. Квадраты представляют события жизни человека, связанные с его функционированием. А стрелки между квадратами — это связь между событиями и их влиянием.

Простая связь

Чтобы получить общее представление о том, что такое сетевая модель, взгляните на рис. 2.1.

В этом случае исторический факт (“История издевательств”) усиливает “Низкую самооценку”, на что указывает стрелка. Нарисовав несколько квадратов, каждый из которых представляет отдельное событие, и соединив их несколькими стрелками, можем создать модель ситуации клиента.

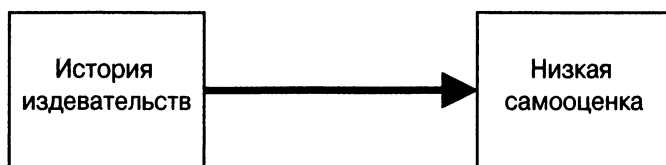


Рис. 2.1. Простая связь

Процесс — это последовательность, и в приведенном выше примере стрелка явно представляет собой процесс; история издевательств привела к интернализации — низкой самооценке. В общих чертах, плохое обращение привело к убеждению “я плохой”. Но низкая самооценка также может быть процессом, если она затем меняет способ реакции на другие события, например, восприятие критики.

Сетевой подход полезен не только для того, чтобы охватить соответствующие процессы в жизни клиента. Благодаря этой модели делаем выводы о том, как отдельные процессы взаимодействуют и усиливают друг друга. Представляя различные связи между отдельными квадратами, мы объясняем возможные взаимосвязи процессов. Со временем вы обнаружите, что сеть клиента расширяется от простой связи к множеству квадратов со сложными связями.

Сложные связи

События могут быть связаны друг с другом самыми разными способами. Вы уже видели первый пример, где одно событие влияет на другое. Дальше сложнее. Теперь предположим, что два события находятся в цикле обратной связи, где они влияют и усиливают друг друга. Например, человек боится собак и избегает их любой ценой, но сам акт избегания также поддерживает и усиливает его страх. Первое событие усиливает второе, которое, в свою очередь, усиливает первое, замыкая цикл. Взгляните на рис. 2.2, чтобы увидеть, как это соотношение будет выглядеть в сетевом подходе.

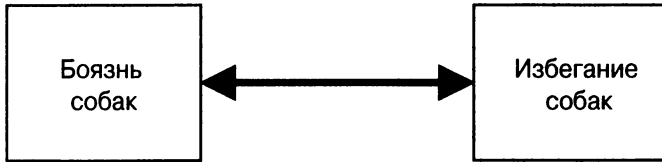


Рис. 2.2. Петля обратной связи

Всякий раз, когда два квадрата образуют петлю обратной связи, у нас есть процесс, который поддерживает или развивает себя сам положительно либо отрицательно. Например, пережив приступ паники, человек начинает избегать ситуаций, в которых была спровоцирована паническая атака, надеясь предотвратить возможные будущие приступы. В результате он становится более бдительным, осторожным и взволнованным из-за своей тревоги, что увеличивает вероятность спровоцировать еще одну паническую атаку, которая усилит бдительность еще больше. И в то время как зона комфорта становится все меньше, панические атаки становятся более серьезными и частыми. В таком случае “Паническая атака” и “Избегание ситуаций, провоцирующих тревогу” находятся в постоянном цикле обратной связи, усиливая друг друга. И оказавшись в цикле обратной связи, они поддерживают сами себя независимо от контекста и не поддаются изменению. Процесс “эмпирическое избегание” описывает такую сеть.

В большинстве случаев происходит не просто взаимодействие двух событий. Итак, давайте добавим в нашу модель еще один квадрат, освободив место для дополнительного события, и посмотрим, как это повлияет на сеть (рис. 2.3).

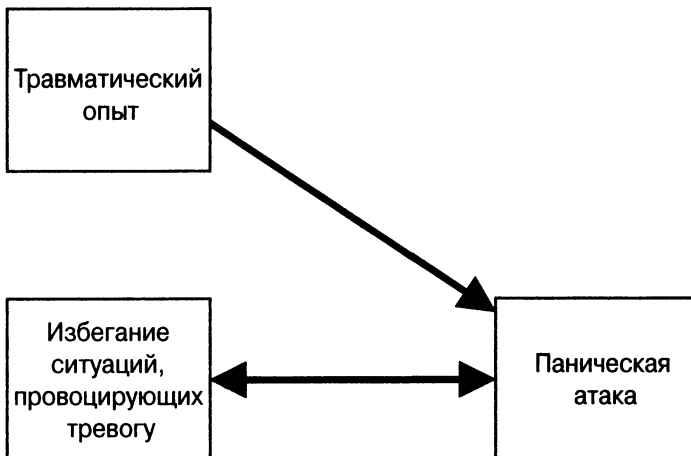


Рис. 2.3. Трехсторонняя связь

В этом случае процесс “Паническая атака” находится в прямой обратной связи с “Избеганием ситуаций, провоцирующих тревогу”. Обратите внимание, что “Избегание ситуаций, провоцирующих тревогу” само по себе является связью. Можно было бы изобразить это в виде серии мелких фрагментов, таких как “ситуация”, “тревога” и “избегание”, но это только затруднит работу с сетью, т.е. нет никакого правила, запрещающего оформлять процессы в квадратах. Кроме того, мы включили в модель “Травматический опыт”, который спровоцировал первую паническую атаку.

Теперь у нас есть три взаимосвязанных компонента в модели, но это еще не конец. Предположим, что процесс “Травматический опыт” оказывает гораздо более сильное влияние на процесс “Паническая атака”, чем процесс “Избегание ситуаций, провоцирующих тревогу”. Силу этой связи можно изобразить через размер стрелки.

На рис. 2.4 стрелка, ведущая от “Травматического опыта”, больше. Это означает, что “Травматический опыт” оказывает гораздо большее влияние на событие “Паническая атака”, чем “Избегание ситуаций, провоцирующих тревогу”.

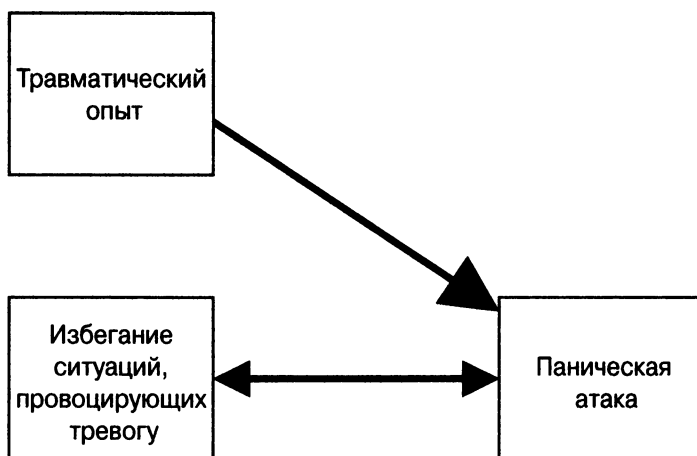


Рис. 2.4. Более сильное влияние

Ранее уже упоминались петли обратной связи, возникающие между двумя событиями, что приводит к циклу, который подкрепляет сам себя (как показано на рис. 2.2). На самом деле петли обратной связи часто можно найти между тремя или более событиями. Взглянем на рис. 2.5.

В этой сетевой модели многое происходит, так что рассмотрим все по порядку. Клиентка недавно пережила разрыв со своим бойфрендом, что заставило ее часто размышлять о прошлом (руминация). Событие

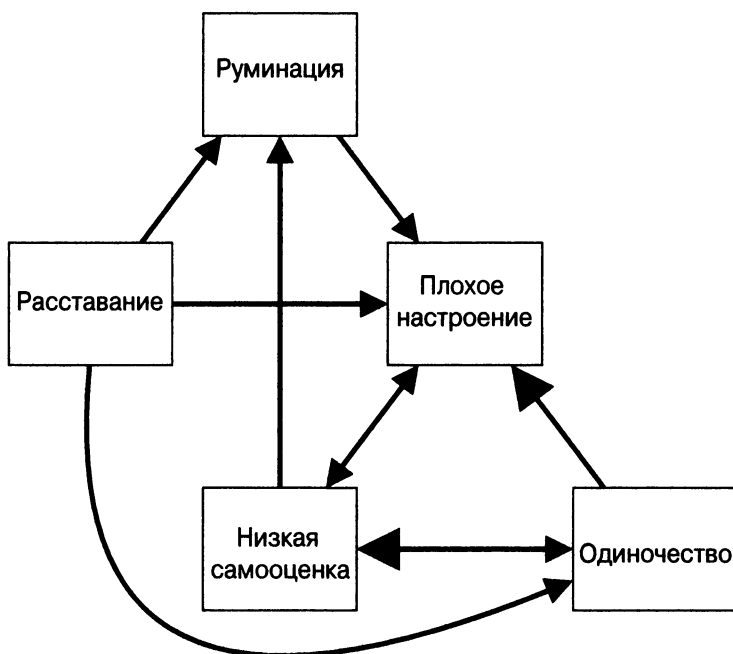


Рис. 2.5. Подсеть

“Расставание” оказывает прямое влияние на ухудшение общего настроения, а также заставляет размышлять о прошлом (что, в свою очередь, еще больше ухудшает настроение клиентки). Эти три квадрата соединены простыми стрелками, т.е. размышления являются частью функционально важного пути, который показывает влияние расставания на плохое настроение. Простые сети, подобные этой, обычно моделируются в исследованиях опосредования результатов лечения в рандомизированных контролируемых исследованиях.

Но затем общая сеть усложняется, и начинают появляться петли, которые подкрепляют сами себя. После разрыва клиентка борется с одиночеством, которое, в свою очередь, подпитывает низкую самооценку и усиливается через нее же. Одиночество также способствует плохому настроению, а низкая самооценка заставляет чаще размышлять (руминация), что также негативно сказывается на настроении.

Мы называем такие самоподкрепляющиеся паттерны *подсетями*: меньшие сети внутри более крупной сети, которые в определенной степени автономны из-за петель обратной связи, поддерживаемых в меньшей сети. Двухнаправленная связь между двумя событиями является простейшей подсетью, но мы используем термин “подсеть” для небольших сетей с тремя и более событиями.

В случае этой клиентки можно выделить две основные подсети. Первая находится между узлами “Низкая самооценка”, “Одиночество” и “Плохое настроение”, которые объединяют аффективный, когнитивный и другие аспекты в единую подсистему. Клиентка чувствует себя одинокой, что усиливает ее плохое настроение, и это, в свою очередь, ухудшает ее представление о себе (низкая самооценка). Низкая самооценка усиливает чувство одиночества, замыкая цикл.

Существует также вторая подсеть, между процессами “Низкая самооценка”, “Руминация” и “Плохое настроение”. Это объединяет измерения селф, когниции и аффекта в единую взаимосвязанную и самоподдерживающуюся систему. Низкая самооценка клиентки заставляет ее размышлять о прошлом, из-за этого ухудшается настроение, что способствует низкой самооценке. Цикл снова укрепляет сам себя, когда три или более психологических события влияют и усиливают друг друга в системе процессов изменений.

Обратите внимание, что “Низкая самооценка” и “Плохое настроение” задействованы в обеих подсетях, что отводит им ключевую роль в данной ситуации. Кроме того, процесс “Одиночество” оказывает сильное прямое влияние на “Низкую самооценку” и “Плохое настроение” (как показано большими стрелками), что также придает ему ключевое значение. Чтобы разумными способами разрушить сеть, нужно нацелиться на реакции на одиночество, плохое настроение или низкую самооценку. Идея о том, что процессы изменений, задействованные в нескольких подсетях, часто служат хорошими целями терапии, является ключевой особенностью диагностики, основанной на процессах.



Это наиболее важные связи, которые нужно знать для работы с сетевой моделью. Сеть должна быть настолько сложной, насколько это необходимо, и настолько простой, насколько это возможно. Другими словами, необходимо добавить в модель столько событий и связей, сколько нужно, чтобы определить ключевые процессы изменений, но одновременно как можно меньше, чтобы модель была ясной, простой и практичной. В этой главе мы дадим некоторые предварительные рекомендации о том, как вы можете это сделать, и распишем их подробнее в следующей главе, посвященной расширенной эволюционной метамоделю (ЕЕММ).

В зависимости от цели лечения целесообразно исключить определенное количество важных событий в жизни клиента. Например, отсутствие отца

может не оказывать никакого влияния на привычку человека к злоупотреблению наркотиками и, следовательно, этот факт должен быть исключен из сетевой модели, целью которой будет помочь этому человеку преодолеть процессы, способствующие наркомании. Выбирайте только те события, которые оказывают непосредственное или косвенное влияние на терапевтическую цель в форме эмпирически установленных и гибких процессов изменений.

После разработки сетевой модели клиента можно использовать ее для обоснованных заявлений о том, что привело к проблеме, какие факторы поддерживают ее, как проблема может прогрессировать и где вы могли бы эффективно вмешаться, чтобы направить клиента к значимым изменениям. Чтобы знать, какие процессы являются наиболее важными в сетевой модели, другими словами, какие процессы поддерживают сеть, а какие наиболее подвержены изменениям, нужно уметь анализировать построенную вами сетевую модель.

Анализ сетевой модели

Сетевая модель помогает получить важную информацию о клиенте. Просто взглянув на нее, терапевт понимает, какие жизненные события являются наиболее релевантными, как события взаимодействуют между собой и формируют процесс, который поддерживает проблемы клиента, как эти процессы связаны друг с другом, насколько сильно их влияние и какова их роль в сети. Как правило, событие становится более важным для сети, когда оно оказывает сильное влияние на другое событие или когда оно влияет на множество других процессов в сети. Взгляните на рис. 2.6.

В этом случае “Нездоровое питание” влияет на множество других событий, включая “Избыточный вес”, “Чувство усталости”, “Нерегулярный сон”, “Проблемы с сердцем” и “Высокое кровяное давление”. Следовательно, для этого клиента “Нездоровое питание” — очень важное событие для более широкой сети, потому что оно может стать подходящей отправной точкой для клинического вмешательства, как только врач и клиент поймут процессы, которые поддерживают и меняют нездоровое питание.

Бывает и наоборот, когда на одно событие влияет множество других. Взгляните на рис. 2.7.

В этом случае “Низкая самооценка” усиливается такими событиями, как “Критикующие родители”, “Безработица”, “Недосып”, “Нездоровое питание” и “Издевательства”. Самооценка человека подвергается многим

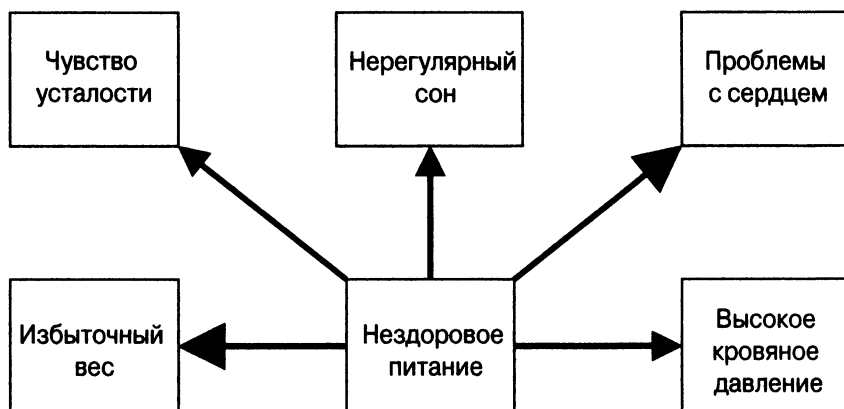


Рис. 2.6. Одно событие влияет на многие

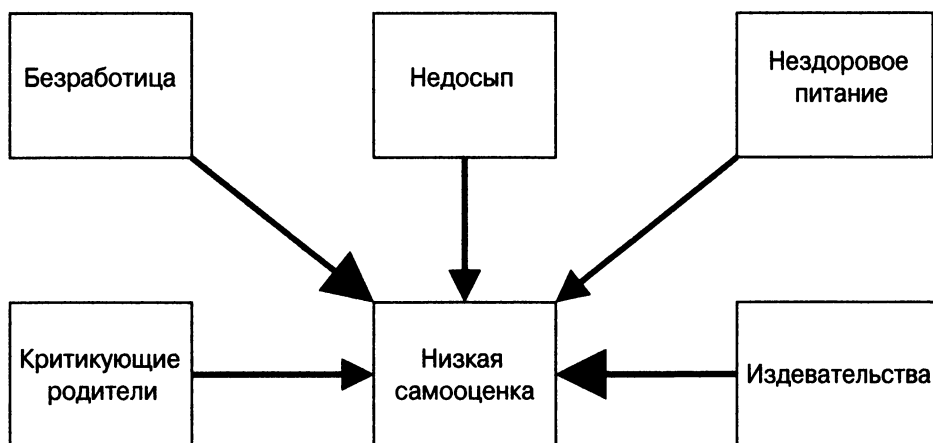


Рис. 2.7. Многие события влияют на одно

испытаниям. В этом случае прошлые и настоящие социальные и культурные факторы (издевательства, критика родителей и безработица) и факторы образа жизни (нездоровое питание и недосып) кажутся наиболее релевантными. Также возможны другие факторы, которые еще не были изучены. Возможно, определенное поведение и мысли тоже сказываются на самооценке этого человека. Как мы опишем позже, ЕЕММ дает руководство по систематическому изучению других возможных факторов.

Хотя низкая самооценка играет важную роль в сети, сам факт, что она поддерживается многими другими элементами, говорит о том, что она может быть не очень подходящей отправной точкой для клинического вмешательства. Низкая самооценка более устойчива к изменениям, поскольку подкрепляется множеством других событий, некоторые из которых (например, издевательства или критика родителей) изменить невозможно либо

проблематично. В результате полезнее сначала изменить процессы, которые приводят к низкой самооценке. Например, у клиента может быть жесткий когнитивный стиль, из-за чего ему присуща сильная самокритика всякий раз, когда происходят негативные события, как показано в сети выше.

Сеть может быть устойчива к изменениям до тех пор, пока не будет достигнут переломный момент в определенном процессе. Важным признаком надвигающегося переломного момента является критическое ускорение или замедление в сетевой модели. Например, когда человеку требуется меньше времени, чтобы оправиться от стресса, это может указывать на переход от дезадаптивного поведения к здоровому. Напротив, когда человеку требуется больше времени для восстановления, это может указывать на переломный момент от здорового состояния к дисфункции. Следует обращать внимание на всякий подобный переход в сети.

После рассмотрения сетевой модели под таким углом можно сделать серьезные выводы о влиянии различных событий друг на друга и на сеть в целом, особенно если это подкреплено продольными измерениями, о чем речь пойдет позже. Становится понятно, какие события приводят к проблеме, какие процессы поддерживают эту взаимосвязь и как проблема может развиваться в будущем, в зависимости от того, какие процессы усиливают ее.

Сетевые модели реальных людей часто более сложные, чем показано в примерах, поскольку задействовано гораздо больше событий и процессов, которые взаимодействуют и соотносятся друг с другом более сложными способами. Но не стоит беспокоиться о том, что все станет слишком сложным, так как мы будем продвигаться шаг за шагом. Итак, применим сетевой подход к реальному человеку и посмотрим, как это выглядит на практике.

Применение сетевого подхода

По ходу работы с книгой мы будем наблюдать за разными клиентами, знакомясь с принципами и практикой терапии, основанной на процессах. Это вымышленные лица, и любое сходство с любым реальным человеком является непреднамеренным и абсолютно случайным. Тем не менее вдохновение мы черпали из своего терапевтического опыта, а примеры описывали таким образом, чтобы они напоминали реальных клиентов, с которыми каждый терапевт сталкивается в своей терапевтической практике. Как бы то ни было, давайте встретимся с нашей первой клиенткой и посмотрим, что мы узнаем о ней во время нашего первого разговора.

Андреа — 61-летняя женщина, которая часто беспокоится о благополучии своих близких. Она звонит своей тридцатилетней дочери по крайней мере раз в день и с тревогой расспрашивает о ее самочувствии; об уходе за внучкой, ее питании, использовании ремней безопасности и способности заводить друзей (и достойные ли люди их родители); о том, на какой скорости ее дочь водит машину; о домашних делах; и около тысячи других подобных проблем.

Андреа убеждена, что, скорее всего, скоро умрет, поэтому она часто посещает кабинет врача, требуя дорогостоящих медицинских анализов. И когда результаты оказываются нормальными, она либо ставит под сомнение компетентность врача и требует повторного теста, либо чувствует облегчение, но только на несколько часов или дней, прежде чем снова обеспокоиться. Женщина также несколько раз в день просит своего нынешнего мужа заверить ее в таких вопросах, как его здоровье, где он находится, считает ли он, что она покраснела, может ли шишка на спине быть раком и тому подобные вопросы. Ее муж поддерживает ее, но изо всех сил пытается понять, откуда берутся эти тревожные просьбы.

В первой беседе с Андреа мы многое узнали о ее трудностях и о том, как они влияют на жизнь ее близких и окружающих. Чтобы представить ее случай в сетевой модели, сначала нужно определить важные жизненные события. Общей темой в жизни этой клиентки является постоянное беспокойство о собственном здоровье и благополучии близких. Всякий раз, когда она волнуется, то просит родных (дочь или мужа) ободрить ее. Сначала это приносит ей облегчение, пока тревога не вернется и цикл не повторится. Кроме того, Андреа справляется со своим беспокойством, сдавая медицинские анализы, что иногда приносит ей временное облегчение (пока она снова не начнет беспокоиться), а в других случаях заставляет ее сомневаться в результатах анализов (когда они возвращаются нормальными), что приводит к повторной сдаче медицинских анализов. Если поместить эти данные в сеть, получим рис. 2.8.

Внимательнее взгляните на отдельные события, а также на их связи. Как видите, верхние четыре события находятся в двух взаимосвязанных петлях обратной связи, где “Беспокойство о благополучии” в конечном итоге приводит к “Временному облегчению” путем либо просьб о поддержке, либо дополнительных медицинских тестов. Временное облегчение в конечном итоге приводит к беспокойству, и так до бесконечности.

Обе петли являются примерами одних и тех же процессов изменений: утешение уменьшает беспокойство, но также укрепляет центральную роль беспокойства, тем самым усиливая петлю. Существуют различные названия

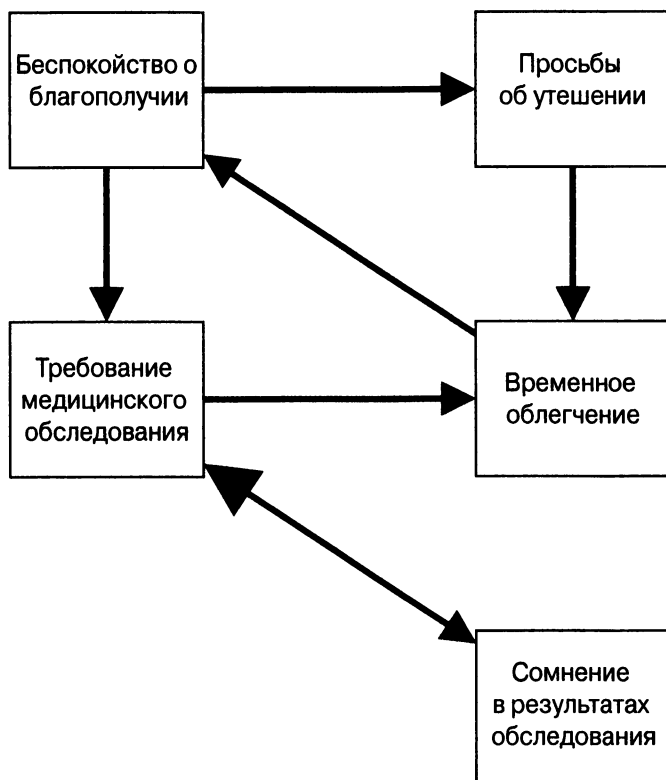


Рис. 2.8. Сетевая модель Андреа

для петель такого рода («эмпирическое избегание» — одно из них). Кроме того, события «Требование медицинского обследования» и «Сомнение в результатах обследования» находятся в цикле прямой обратной связи, вызывая друг друга. Обратите внимание, что стрелка от «Сомнения в результатах обследования» к «Требованию медицинского обследования» намного больше, чем наоборот, потому что медицинское обследование не всегда приводит к сомнению в результатах теста, но сомнение в результатах теста почти всегда приводит к дополнительным анализам.

Вот как может выглядеть сетевая модель на практике. Концептуализируя клинический случай с использованием такой модели, мы рассматриваем психопатологию как нечто, что постоянно меняется с течением времени, подчеркивая переход между состояниями патологии и здоровья. Это также позволяет нам установить прямые связи между различными аспектами жизни клиента, вместо того чтобы полагаться на предположение, что симптомы — признаки основных заболеваний. Эти индивидуальные сетевые модели, адаптированные к индивидуальной ситуации клиента, затем

могут быть использованы для обоснования стратегий лечения путем определения тех процессов, которые являются наиболее важными и наиболее подвержены изменениям.

Действие 2.1. Создание сетевой модели

Вернемся к одной из проблемных областей в вашей собственной жизни. Нарисуйте сеть событий, которые могли бы охарактеризовать ее. Сосредоточьтесь больше на происходящем сейчас и меньше на том, откуда это могло взяться, включая события далекого прошлого. Используйте одно- или двусторонние стрелки, чтобы описать, что к чему приводит в вашем опыте. Старайтесь сделать сеть небольшой, с шестью узлами или меньше. Имейте в виду, что всегда можете изменить ее по ходу дела.

Затем коротко опишите, что с вами происходит. Какие возникают чувства и мысли? Как вы реагируете, рассматривая проблему через призму сети?

Следуя примеру из действия 1.1, ниже мы проиллюстрируем, как можно выполнить это упражнение (рис. 2.9).

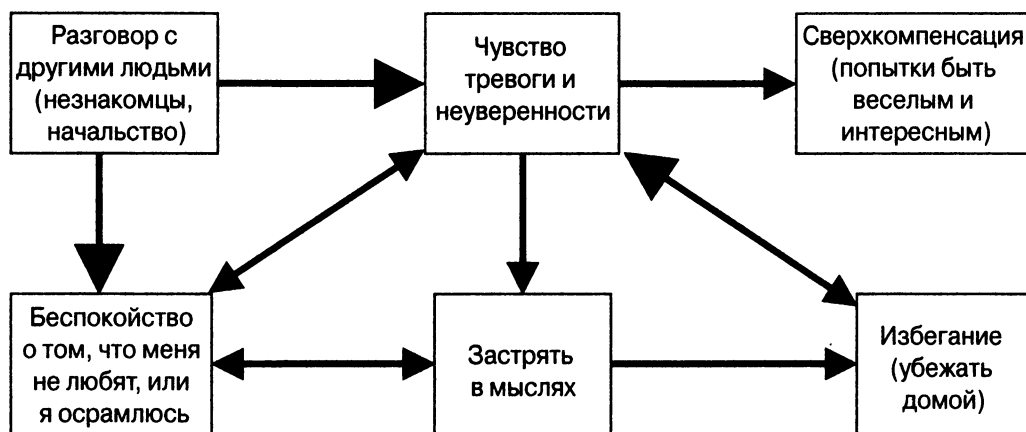


Рис. 2.9. Пример создания сетевой модели

Чувства и мысли. Никогда не думал о своей проблеме таким образом. Узлы помогают отследить все элементы, а стрелки показывают, как они влияют друг на друга. Раньше я не задумывался о том, как события усиливают друг друга. Работа над этой сетью помогла мне лучше разобраться в моей ситуации. Кажется, я способен научиться справляться с ней.

ГЛАВА 3

Расширенная эволюционная мета модель

На протяжении всей истории психологии клиницисты находили множество различных способов говорить о процессах терапевтических изменений. Зигмунд Фрейд и психоаналитики говорили о работе с бессознательными защитными механизмами и инфантильным сексуальным влечением. Аарон Т. Бек и последователи когнитивной терапии сосредоточились на изменениях в автоматических мыслях и ключевых убеждениях. Другие ученые и терапевты использовали совершенно иную терминологию для описания и классификации процессов терапевтических изменений бесчисленным множеством других способов.

Многочисленные обсуждения процессов изменений не только сбивают с толку клиентов, но и усложняют общение между клиницистами, затрудняя сравнение и применение этих процессов в терапии. Для того чтобы избежать ненужных сложностей и эффективно изучать и практиковать психотерапию, а также помогать клиентам в меру своих возможностей, нужно найти общий язык для обсуждения процессов терапевтических изменений. Это давно признано, но задача трудная.

В прошлом уже предпринимались попытки интегрировать информацию о процессах изменений и широкий спектр методов лечения. Однако исследователи упускали из виду конкретные теоретические модели, что ограничивало применение различных терапевтических направлений. Создатели терапии, основанной на процессах (РВТ), стремятся учитывать все процессы из всех направлений психотерапии, учитывая их проверенную эффективность для достижения терапевтической цели, а не приверженность конкретным психологическим теориям.

Но терапевтические процессы, которые следует рассматривать при РВТ, должны соответствовать определенным критериям. Ранее мы уже говорили о пяти ключевых характеристиках процессов терапевтических изменений, а именно о том, что они должны быть теоретически обоснованными,

динамичными, прогрессивными, контекстуально связанными и частью многоуровневой системы. Кроме того, они должны обладать точностью, рамками и глубиной. Но как определить процессы, которые соответствуют этим критериям, а затем поместить их в согласованную систему, подходящую для всех направлений клинической работы? И как узнать, какие процессы изменения наиболее полезные и релевантные для достижения терапевтической цели? Чтобы ответить на эти вопросы, нам нужно обратиться к лучшему другу каждого психолога: удивительному миру статистики.

Медиаторы

Основной способ изучения процессов терапевтических изменений — это работа с медиаторами (т.е. переменными, которые меняются по ходу терапии и влияют на результат). Пока что предлагаем немного освежить познания в области статистики. В 1986 г. исследователи Рубен Барон и Дэвид Кенни написали одну из самых цитируемых статей в области науки, где определили медиатор как “порождающий механизм, посредством которого основная независимая переменная способна влиять на зависимую переменную” [2, С. 1173].

Предположим, что согласно наблюдениям некоторые сотрудники компании чаще едят фастфуд во время праздников. Другими словами, праздничное время (независимая переменная) оказывает влияние на употребление фастфуда (зависимая переменная). Однако, присмотревшись внимательнее, представим, будто праздничное время приводит к большему стрессу на работе, что, в свою очередь, ведет к употреблению большего количества фастфуда. Другими словами, стресс на работе действует как медиатор: функционально важный путь, через который независимая переменная (“праздничное время”) влияет на зависимую переменную (“фастфуд”). Как показано на рис. 3.1, стресс на работе — функционально весомый критерий изменений, с помощью которого праздничное время приводит к нездоровому питанию.

Предположим, что влияние стресса на работе устранено на статистически значимом уровне, и праздничное время больше не вынуждает людей есть больше фастфуда. Эту проблему можно решить практически. Например, привлечь больше сотрудников на время праздников и тем самым снизить рабочий стресс каждого отдельного сотрудника. Если употребление фастфуда совершенно не связано с праздниками, поскольку рабочий стресс устранен, с точки зрения статистики можно говорить о “полной медиации”. Если через вмешательство мы уберем медиатор (“стресс на работе”), влияние

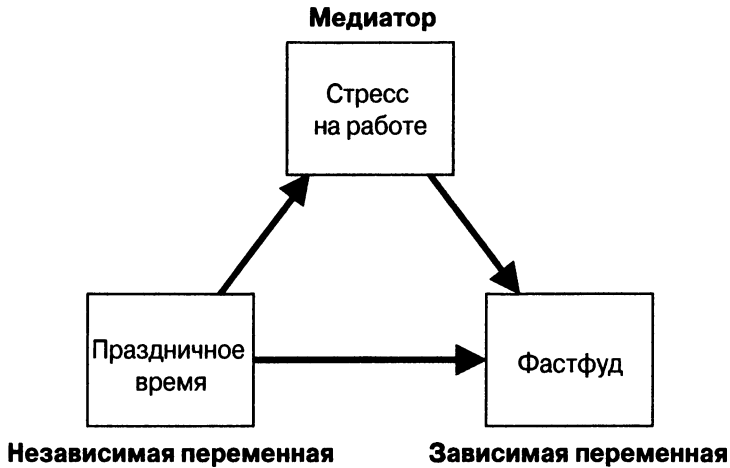


Рис. 3.1. Пример медиации

независимой переменной (“праздничное время”) на зависимую переменную (“фастфуд”) полностью исчезнет. Если же связь между переменными все еще существует даже после исчезновения медиатора, можно говорить о “частичной медиации”. В этом случае праздничное время все еще оказывает некоторое влияние на потребление большего количества фастфуда, независимо от проблем на работе, потому что некоторые праздники каким-то образом связаны с фастфудом (или по какой-то другой неизвестной причине).

Если достоверно показать процесс, действующий как медиатор между клиническим вмешательством и результатом, результат может иметь терапевтическую ценность. Это веская причина, по которой мы в первую очередь сосредоточились на исследованиях медиации. Синдромальная диагностика (как в DSM и МКБ) не имеет известной лечебной ценности. С другой стороны, медиаторы доказали свою эффективность и по определению играют важную роль для клинических исходов, когда они меняются в результате вмешательства.

Как метод, медиация, по общему признанию, имеет некоторые недостатки. Во-первых, обрабатывается весьма небольшое количество переменных. По мере добавления дополнительных переменных статистические модели становятся менее мощными, но более сложными для интерпретации. Как правило, по этой причине одновременно эмпирически исследуется только один или два медиатора, но эти “маловариантные” модели не соответствуют реальному миру и нашим моделям изменений. Никто не верит, что одна-единственная переменная ответственна за большинство позитивных изменений в жизни.

Возможно, медиация предполагает, что процессы изменений линейным образом связаны с лечением, а затем с результатом (контроль лечения). Это еще менее вероятно. Психологические изменения редко, если вообще когда-либо, являются линейным и однонаправленным процессом. По мере изменения результатов меняются и процессы.

Когда оба эти вопроса объединяются, медиация в том виде, в каком она изучается сейчас, имеет заметные ограничения. Изменение терапии — это динамичный процесс, включающий в себя множество переменных, часто образующих взаимные связи, которые складываются в сети и подсети, такие как петли положительной и отрицательной обратной связи [21]. Терапия содержит множество возможных переменных. Просматривая литературу по КПТ, мы обнаруживаем, что когнитивные и поведенческие стратегии являются процессами изменения при лечении тревоги и депрессии [24]. Однако этих источников не так много. Мы считаем, что процессы, которые принимаются во внимание в рамках РВТ, должны начинаться с того, что источники сообщают нам об успешных медиаторах клинически важных исходов. В предстоящем большом метаанализе рандомизированных клинических исследований, нацеленных на психологические результаты, статистически значимая медиация была обнаружена пять или более раз для сорока различных процессов изменения:

- избегание опыта (или его обратная сторона — принятие) было отмечено как минимум 52 раза;
- самоэффективность — 69 раз;
- когнитивная переоценка, дисфункциональные мысли или дисфункциональные убеждения — 47 раз;
- осознанность — 41 раз и т.д. [15].

Несколько общих ключевых выводов этого метаанализа появятся в главе 8. Мы хотели сосредоточиться на переменных процессах, которые регулярно выступают в качестве медиаторов, поскольку даже с учетом ограничения анализа медиации известно, что регулярно идентифицируемые факторы включают функционально важные направления изменений, по крайней мере при некоторых условиях.

Процессы изменений формируют сложные наборы взаимосвязей, которые в итоге определяют, как происходят изменения. В рамках РВТ разработана стратегия понимания этой сложности — всеобъемлющая структура, учитывающая сложный характер процессов.

Придание процессам смысла

Нет смысла использовать сотни процессов терапевтических изменений для руководства оценкой и терапией. Этот список просто слишком длинный, чтобы быть практичным. Вместо этого нужно упростить и сократить его с помощью теории и фактических данных. Мы будем использовать термин “модель” для описания концептуально интегрированного набора процессов изменений, которые используются в качестве руководства для выбора и развертывания психологических вмешательств с целью достижения положительных результатов.

Такая модель должна соответствовать целому ряду критериев. Во-первых, она должна охватывать достаточное количество процессов изменений по ряду проблем, чтобы служить практическим руководством для психологической помощи. Во-вторых, процессы, определенные в рамках модели, должны учитывать ряд ключевых элементов человеческого опыта, таких как мотивация к изменениям, самоощущение и аффект. В идеале выбранные процессы должны быть направлены не только на решение проблем, но и на помощь людям в области улучшения жизни. В-третьих, если модели процессов изменений должны стать основой альтернативы DSM или МКБ, то их количество должно быть небольшим и с возможностью эмпирического сравнения. Множество моделей так же проблематичны в практическом плане, как и множество диагнозов. В-четвертых, процессы изменений в любой модели должны согласованно сочетаться друг с другом, а доказательства свидетельствовать о том, что набор является полным. В-пятых, модель процессов изменений должна быть практичной: приводить к новым формам функционального анализа, которые позволят практикующим специалистам выбирать те элементы терапии, которые дают лучшие результаты.

Наконец, модель должна быть применима к широкому кругу клиентов из всех слоев общества и с различным культурным опытом. И то, как мы говорим о различных моделях, должно отражать согласованность. Одним из наибольших преимуществ DSM или МКБ является наличие общей системы связи, и стоит попытаться разработать общий набор концепций в рамках подходов, основанных на процессах. По-видимому, среди всех имеющихся альтернатив имеется только один всеобъемлющий подход с нужной значимостью и широтой, необходимыми для удовлетворения всех ранее упомянутых критериев. Этот подход является первоисточником всех теорий в науках о жизни: теория эволюции.

Шесть ключевых концепций эволюции

Как известно, в 1973 г. биолог-эволюционист Феодосий Добжанский заявил, что “ничто в биологии не имеет смысла, кроме как в свете эволюции” [8]. Этим заявлением он высветил тот факт, что ни один биологический процесс не появился просто так, а возник с течением времени на основе изменений и условий, описанных эволюционной теорией. В настоящее время в науках о жизни, несомненно, принято считать, что любая функция любой формы жизни имеет эволюционное объяснение.

Этот подход еще не прижился в поведенческих и когнитивных науках. Отчасти проблема заключается в том, что эволюционные перспективы пережили эпоху “геноцентризма” в прошлом столетии. Примером служит влиятельная книга эволюционного биолога Ричарда Докинза *Эгоистичный ген*⁸ [7]. Это поощряло эволюционную перспективу, выраженную в основном в терминах генетических изменений. Однако картирование генома человека доказало, что этот взгляд слишком узок для наших целей в клинической психологии; многочисленные исследования с участием нескольких сотен тысяч полностью расшифрованных геномов человека показали, что на подавляющее большинство проблем психического здоровья поэтапным и чрезвычайно сложным образом влияют сотни, если не тысячи генов. Геноцентрическое мышление не способно прямо и просто объяснить поведение.

Это не значит, что гены не имеют значения. Они существуют как часть целых сетей эволюционирующих систем, включая эпигенетическую регуляцию генных систем, нейробиологические процессы, окружающую среду, поведение, обучение, развитие, символические события, культуру, микробиом кишечника и т.д. Поскольку в целом наука перешла к современному многомерному, многоуровневому, расширенному эволюционному подходу, стало намного легче в науках о поведении объяснять основанные на процессах системы с точки зрения эволюции.

В рамках эволюционного подхода существует шесть ключевых концепций: *вариативность* и *сохранение отобранного* в контексте определенного измерения и на нужном уровне. Эти концепции применяются к любому явлению через четыре центральных вопроса Николаса Тинбергена о функции, истории, развитии и механизме [30]. Разберемся, что означают эти ключевые понятия в контексте клинической психологии.

⁸ Ричард Докинз. *Эгоистичный ген*. — АСТ: Corpus, 2013. — 512 с.

Вариативность в эволюции означает, что в любой живой системе всегда имеются слегка отличающиеся формы: телесные формы, чувствительность, действия. Изначально вариации слепы (т.е. случайны и совершенно бесцельны), но поскольку они играют ключевую роль в успешном развитии сложных систем, то эволюционируют сами по себе и попадают под влияние контекста, позволяя расширить спектр альтернатив, когда они наиболее необходимы. В некотором смысле вариативность становится “целенаправленной”. Даже бактерии демонстрируют это. Если из источника пищи удалить незаменимую аминокислоту, бактерии почти сразу же начнут мутировать, пытаясь “найти другой путь”. Эффект вымирания — убедительный и очевидный пример в психологии. Когда внезапно прекращаются действия, которые раньше приводили к положительным последствиям, сначала их повторение становится более частым, а затем происходит серия новых и сильно варьирующихся действий всех видов. Этот эффект настолько предсказуем, что специалисты знают, как сказать, к примеру, родителям, которые перестают подкреплять нежелательные действия своего ребенка, приготовиться к этому последнему рывку и относиться к нему как к признаку прогресса. Понятно, почему эволюция привела к подобным изменениям. Если действия, направленные на добывание пищи, внезапно перестают давать результат, выживет то животное, которое быстро найдет новые способы двигаться вперед. Если необходимая вариативность искусственно ограничена (человек становится психологически ригидным), велика вероятность возникновения патологии.

Отбор — это возможность выбора определенных вариантов среди прочих. Как правило, они отбираются на основе явно выгодных последствий (таких как выживание в случае генетической эволюции). Однако, поскольку краткосрочные последствия могут вступать в противоречие с долгосрочными, проблема в работе с психопатологией часто заключается в том, что психологические коррективы приводят к краткосрочным выгодам и долгосрочным страданиям. В контексте клинической психологии акцент на отборе часто означает помощь клиенту с заменой способов бытия и действий, которые помогают или препятствуют его психическому здоровью либо позитивным жизненным траекториям, особенно в долгосрочной перспективе. Цель: выбрать те, которые помогают. Например, терапевт может попросить клиента с паттерном избегания социальной тревоги записать свои мысли, чувства и действия с

целью проследить, как со временем меняется отношение к социальным приглашениям. Например: “Нет, я слишком занят” приводит к облегчению, за которым следует подавленное настроение, заниженная самооценка и дальнейшее избегание общества.

Сохранение означает, что индивид, группа или культура повторяют и укрепляют отобранные варианты с течением времени таким образом, что они становятся полноценными привычками или обычаями. В процессе генетической эволюции отобранные варианты физически сохраняются в ДНК. Нечто подобное происходит в психологии, когда паттерны действий приводят к изменениям в экспрессии генов через эпигенетику, изменениям в мозге через нейронные связи и т.п. Как правило, позитивные изменения в психологии сохраняются благодаря практике, построению более масштабных моделей и социально-психологической или внешней поддержке. Большинство новых привычек подвержены принципу “использовать или потерять”. Новые знания так же с большей вероятностью будут сохранены, если они связаны с ранее существовавшими привычками или обычаями. Иногда это называют стратегией “расширять и строить”. Участие в социальных или экологических мероприятиях тоже дает результаты. Примеров стратегий сохранения предостаточно в прикладной работе: домашнее задание, публичное объявление результатов изменения привычек, программирование на позитивный результат, создание социальной группы для совместного изменения привычек и т.д.

Контекст относится к ситуационным и историческим обстоятельствам или целям вмешательства, которые влияют на то, какое поведение выбирает и сохраняет индивид либо группа. Например, некоторые новые формы эмоционального выражения закрепляются только в том случае, если индивид использует это в контексте любовных отношений. Опасения по поводу естественных непредвиденных обстоятельств, культурного соответствия, связи с религиозными обязательствами, гибкости в работе, благоприятной среды и тому подобного — все это типичные показатели контекста в эволюционном смысле.

Измерение относится к тому, какие конкретные цепочки событий люди выбирают и сохраняют. В психологической отрасли к ним относятся аффект, когниция, внимание, селф, мотивация и открытое поведение, но есть и другие измерения на других уровнях.

Уровень означает степень организации и сложности целей отбора. Психологические события вовлекают весь организм, действующий в контексте историческом и ситуационном. Но на биофизиологическом, генетическом и эпигенетическом уровне отбор происходит внутри организма. На социокультурном уровне он имеет место между диадами и все более крупными группами с их установленными правилами и обычаями. Физические возможности, питание, упражнения, сон и показатели биологического функционирования с помощью визуализации мозга, генетических и эпигенетических факторов являются примерами первых. Терапевтические отношения, социальная поддержка и взаимодействие с партнерами (семьей, друзьями) являются примерами вторых.

Особенности этих концепций в виде убедительного эволюционного объяснения применимы к любому или всем четырем ключевым эволюционным вопросам Тинбергена [30].

- Как *функция* вариативности меняет адаптацию?
- Как вариации возникают и сохраняются с течением времени в их эволюционной истории?
- Как вариации *развиваются* в течение жизни организма?
- Как конкретные внешние и внутренние *механизмы* объединяются, чтобы создать определенные физические или поведенческие фенотипы?

Применение эволюционных концепций к мета модели

Можно объединить ключевые концепции эволюции в “Расширенную эволюционную мета модель”. ЕЕММ позволяет классифицировать терапевтические процессы изменений и рассматривать их интеграцию. Термин “мета модель” описывает модель, которая включает в себя ряд компонентов — супермодель.

Можно классифицировать процессы изменений в науке о вмешательствах по шести ключевым психологическим измерениям (аффект, когнция, внимание, селф, мотивация и открытое поведение) согласно двум дополнительным уровням отбора (биофизиологический и социокультурный). В каждом из измерений и уровней вариативность, отбор, сохранение и контекст являются центральными (или в более привычных для специалистов терминах: каждое из измерений и уровней включает процессы, свя-

занные с изменением, функционированием, привычками, а также соответствием и поддержкой). Наконец, процессы могут быть адаптивными или дезадаптивными, способствующими либо препятствующими психическому здоровью и благополучию.

Суть в том, что терапевты уже прибегают к терминам вариативности, отбора, сохранения и контекста: они ищут эффективные для человека изменения (вариативность и отбор), которые встроены в привычки, соответствующие его ситуации (сохранение и контекстуальное соответствие). Они применяют это к конкретным аспектам психологического развития (аффективному, когнитивному, поведенческому, связанному с вниманием, мотивацией и пр.) и фокусируются на различных уровнях анализа и взаимосвязях процессов изменений.

Объединив все шесть эволюционных концепций, мы получили широкую метамодель для исследования процессов адаптивных и дезадаптивных изменений. В ней организованы многомерные, многоуровневые процессы изменений и конкретные, ответственные за них модели посредством крупной согласованной схемы, называемой расширенной эволюционной метамоделью (рис. 3.2).

Верхние шесть строк ЕЕММ представляют собой измерения развития на индивидуальном уровне, согласованные с двумя уровнями в двух нижних строках. Каждое измерение и уровень можно рассматривать с точки зрения вариативности и отборочного сохранения в контексте. Различные ниши (помеченные как “Дезадаптивные” и “Адаптивные”) могут быть заполнены процессами, которые приводят к патологии или улучшают здоровье. Диаграмма представляет собой “метамодель” процессов изменений, основанную на синтезе, обеспеченным современным многоуровневым эволюционным подходом. Следовательно, она называется *расширенной эволюционной метамоделью*.

ЕЕММ задумана не столько как руководство рекомендаций, сколько как проводник, благодаря которому можно рассматривать и сравнивать модели процессов изменений. В отличие от обычной модели, метамодель способна дополнять любую конкретную модель, охватывающую разумный диапазон измерений и уровней, будь то поведенческие, когнитивные, психодинамические, гуманистические или другие.

Этот многомерный и многоуровневый подход также учитывает, являются ли конкретные модели РВТ достаточно широкими и согласованными. Если в модели отсутствуют целые строки, столбцы или ниши, это говорит о том, что базовая модель слишком ограничена в идентификации

процессов изменений в отсутствующих областях. И наоборот, если существует несколько конкурирующих моделей, которые являются достаточно всеобъемлющими, относительная концептуальная ясность подхода ЕЕММ способна уточнить и усилить их эмпирическое сравнение.

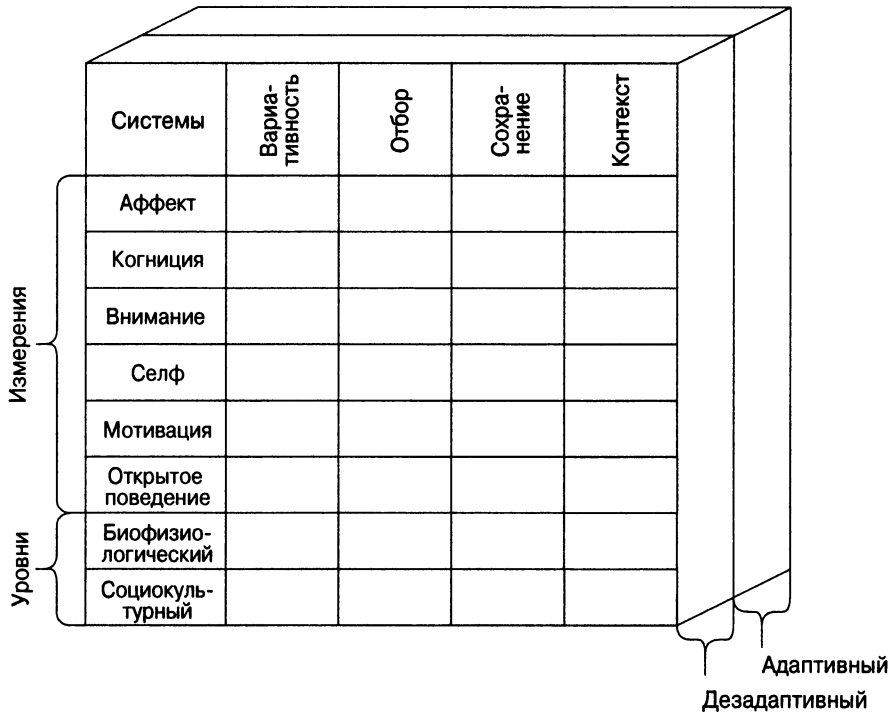


Рис. 3.2. Расширенная эволюционная метамодель (авторские права принадлежат Стивену С. Хейсу и Стефану Г. Хофманну)

Действие 3.1. Исследование измерения

Вернемся к одной из проблемных областей в вашей жизни. Рассмотрите шесть измерений ЕЕММ (аффект, когниция, внимание, селф, мотивация и открытое поведение) и выберите одно из них, которое, судя по всему, имеет отношение к вашей проблемной области, но которое вы еще не изучили полностью. Сосредоточьтесь на одном измерении, к остальным перейдем позже.

Теперь напишите несколько предложений о том, что кажется вам типичным в этом измерении в вашей проблемной области. Существуют ли действия, реакции или паттерны с тенденцией к повторению? Кажется ли что-то

знакомым или бесполезным? Найдите наиболее распространенный аспект и напишите о нем.

Затем попробуйте вспомнить случаи, когда занимались этим измерением в рамках проблемной области более эффективным способом, чем обычно. Опишите один или два примера эффективных способов реагирования.

Два приведенных выше вопроса касаются изучения негибкости и здоровой вариативности внутри данного измерения. Проблемные области, как правило, имеют доминирующие неэффективные паттерны, но тем не менее обладают тенденцией к повторению. Вот что подразумевается под “негибкостью”. Если помните случаи, когда справлялись лучше, это признаки “здоровой вариативности”. К этой концепции мы еще вернемся.

Пример

Измерение. Селф

Паттерн в рамках измерения. Я чувствую себя полным неудачником. Как будто мои достижения недостаточно убедительны, и моя личность недостаточно хороша. Отвержение со стороны других людей я воспринимаю как подтверждение факта, что я недостаточно хорош. Поймав себя на том, что прилагаю много усилий, чтобы заинтересовать других, думаю, что это очередное доказательство моей ущербности (иначе мне не пришлось бы так стараться). Прекращая попытки и возвращаясь домой, я снова утверждаюсь в мысли, что недостаточно хорош.

Пример эффективного реагирования. Я играл в волейбол с другом и его знакомыми. Все они отлично играли, и я заметил, что во мне просыпается беспокойство и неуверенность. Но вместо того, чтобы поддаться страху и назвать себя неудачником, я остановился и спросил себя, что важно прямо сейчас. Ответ был ясен: хорошо провести время со своим другом и получить удовольствие. В результате фокус моего внимания сместился, и удалось избавиться от мысли, что я недостаточно хорош.

Способ применить здоровые вариации. Мой жесткий паттерн заключается в самообвинении и попытках доказать свою значимость, иначе я совсем избегаю неудобных ситуаций. Положительный вариант — переключиться на то, что действительно важно, благодаря чему можно сохранить контакт с окружающими, не прибегая к попыткам доказать свою значимость.

Возвращение к медиации

Как видите, даже несмотря на то, что ЕЕММ допускает создание новых элементов, ошибочно полагать, будто процессы изменений охватывают только определенные ячейки или даже строки. Возьмем, к примеру, такой процесс, как “привязанность”. Она возникает между людьми, поэтому в какой-то степени находится на социокультурном уровне, но оказывает психологическое воздействие (например, аффективное воздействие отношений, способствующих “надежной привязанности”). Аффективное воздействие, в свою очередь, приводит к другим процессам изменений (например, меньшее осуждение других способствует укреплению надежной привязанности и ее положительному эмоциональному воздействию). Некоторые процессы на психологическом уровне включают в себя все шесть психологических измерений одновременно. Примером служит модель психологической гибкости, лежащая в основе терапии принятия и ответственности (АСТ), которая содержит шесть подпроцессов, по одному для каждого из шести психологических измерений.

ЕЕММ выглядит как категориальная модель. Например, существуют ниши “адаптивности” и “дезадаптивности”, но на самом деле адаптация вероятностна и зависит от измерения. Область психического здоровья разделила мир на “психопатологию” и все остальное, но жизнь в том виде, в каком она прожита, вряд ли настолько категорична. Таким образом, хотя категоричный взгляд на ЕЕММ может иметь выгоду, важно не думать о ЕЕММ как о своего рода “периодической таблице”, предназначенной для сортировки процессов изменений в многомерную сетку. Скорее, она показывает ключевые функции, о которых клиницистам необходимо подумать, рассматривая индивидуума через призму многомерного и многоуровневого эволюционного подхода.

Чтобы выразить динамичную и интерактивную природу предмета нашего спора, можно прибегнуть к знаменитому эпигенетическому ландшафту Уоддингтона с небольшими изменениями [31; 32]. На рис. 3.3 показаны четыре пучка биофизиологических, психологических и социокультурных процессов и их контекстуальных детерминант. Все эти процессы и контекстуальные особенности эластичны и взаимосвязаны. Они меняют функционирование человека интерактивным и вероятностным образом на протяжении всей жизни. Это показано в визуальной метафоре: как изменения поверхности меняют вероятности конкретного маршрута, по

которому катится шар, так метафора вариаций и избирательного сохранения влияет на “маршрут” человеческой жизни.

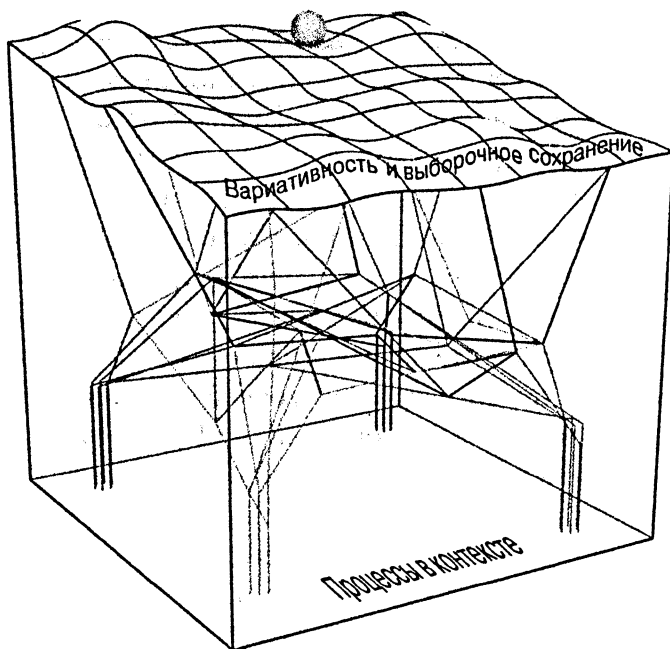


Рис. 3.3. Модель влияния контекста и процессов изменений на условия вариативности и выборочного сохранения, воздействующих на развитие человеческого потенциала. Четыре пучка процессов изменений представляют контекстуальные, психологические, биофизиологические и социокультурные особенности. (Авторские права принадлежат Стивену С. Хейсу и Стефану Г. Хофманну. Рисунок Эстер М. Хейс. Воспроизводится с разрешения)

Как подчеркивает эта физическая метафора, ни о каком отдельном измерении или уровне организации нельзя сказать, что они являются “реальной причиной” человеческой деятельности и развития. Это не отражает важность некоторых аспектов в определенных отношениях или конкретных ситуациях. Например, гибкость внимания может быть ключом к поддержанию контекстуальной чувствительности конкретных психологических процессов; четкая мотивация — ключом к выбору других подобных процессов; явные поведенческие привычки — ключом для сохранения и т.д. Таким образом, в ЕЕММ функции, отмеченные столбцами в любой заданной строке (т.е. в любом развивающемся измерении или уровне), могут реализовываться через процессы в другой строке. Например, можно выбрать и сохранить большую эмоциональную открытость, поскольку она

обеспечивает большую социальную близость и сотрудничество. То же самое касается когнитивной гибкости, поскольку она способствует эффективному поведению на работе и т.д.

Таким образом, с самого начала лучше всего воспринимать ЕЕММ как систему, с помощью которой терапевты и исследователи продумывают работу и взаимодействие процессов изменений, и не думать о ней как о своего рода схеме сортировки, будто процессы изменений — посылки, которые нужно поместить в почтовые ящики ЕЕММ.

Поскольку наш подход к построению основанной на процессах альтернативы DSM или МКБ был в значительной степени эмпирическим, можем лишь в общих чертах охарактеризовать, куда он ведет. Рассмотрим следующие шесть медиаторов, определенные нами в первой дюжине исследований большого метаанализа медиаторов терапии, о котором упоминали ранее и который рассмотрим в главе 8:

- изменение навязчивых убеждений;
- когнитивное разделение;
- осознанность;
- изменение навязчивых мыслей;
- тревожная чувствительность;
- регулярность практики осознанности.

Эти шесть концепций легко применимы к измерениям когниции, внимания и аффекта. За исключением последней, каждая из концепций направлена на стимулирование здоровой вариативности. Осознанность и тревожная чувствительность становятся причиной проблем с позитивной и негативной контекстуальной восприимчивостью; частота практики осознанности направлена на процесс сохранения в виде формирования привычки. Нетрудно поместить практически все известные медиаторы в рамки ЕЕММ.

Благодаря идентифицированным медиаторам большинство строк содержат несколько процессов. *Модераторы* и динамические или интерактивные функции меняют способы, которыми процессы изменений связывают измерения, уровни или столбцы. Инструменты оценки для каждого процесса обеспечат предварительную форму оценки для рассмотрения исследователями и практикующими врачами. На этом этапе нас интересует степень, в которой существующие модели терапевтических изменений могут повлиять на согласованную совокупность этих процессов.

Отдельные процессы поддаются влиянию через определенную форму терапии. Таким образом, возникает список вмешательств для перемещения процессов в каждой ячейке, а это значит, что можно связать большинство ячеек с различными мерами, процессами изменений и методами вмешательства или основными методами терапии, по крайней мере в широком смысле.

При прочих равных условиях эффективны модели, которые эффективно охватывают большую часть этой матрицы; те, которые охватывают меньшую ее часть, соответственно менее эффективны. Однако даже до составления полностью организованного эмпирического анализа источников о медиации все еще можно исследовать потенциальные преимущества такой системы. Даже при ограниченном наборе процессов, которые необходимо учитывать, ЕЕММ предлагает новые возможности.

В подходе, основанном на процессе, психологические проблемы не являются личностно-инвариантными проявлениями скрытого заболевания. Вместо этого мы считаем психопатологию рядом специфических для контекста проблем вариативности, отбора и сохранения, возникающих в различных измерениях и на разных уровнях. Это основная идея расширенной эволюционной метамоделю, которая уходит корнями в эволюционную науку, адаптированной к психопатологии и психотерапии.

Поскольку нам необходимо связать процессы изменений с индивидуальным уровнем, отправная точка для основанной на процессах диагностики — это установление связи между выявленными проблемами с помощью комплексного сетевого подхода, способствующего функциональному анализу имеющихся у человека проблем. Затем задействуем схему ЕЕММ, принимая во внимание все соответствующие прошлые и настоящие факторы, способствующие этому, такие как детство, стили привязанности, травмы, медицинские проблемы, убеждения, привычки и т.д. Мы рассматриваем лечение как динамическое изменение сложной сети от дезадаптации к адаптации.

Десять этапов функционального анализа на основе процессов как новая форма диагностики

ЕЕММ в сочетании с сетевым анализом обеспечивает структуру для соответствующего терапии подхода к диагностике, основанной на процессах. Мы используем эти инструменты для организации новой формы функционального анализа на основе процессов, который будет определять подход

к диагностике с пользой для терапии, исходящей из известных процессов изменений. Он состоит из следующих десяти этапов.

1. Выберите теорию или модель, в рамках которой следует проводить диагностику, основанную на процессе и относящуюся к терапии, сосредоточив внимание на всеобъемлющих в рамках ЕЕММ моделях, которые наилучшим образом соответствуют вашим условиям, окружению и опыту.
2. Опираясь в первую очередь на отчет клиента о главных проблемах или неудовлетворенных стремлениях, определите потенциально релевантные характеристики отдельного клиента, его поведение и субъективный опыт, а также контекст посредством широкой оценки с помощью ЕЕММ и представленной в виде конкретной модели.
3. Убедитесь, что предварительное описание случая затрагивает как соответствующие сильные, так и слабые стороны клиента. Принимая во внимание цели клиента, организуйте сеть особенностей описания случая в процессы изменений и определите модераторы этих процессов, выраженные происхождением и рамками поддержания условий. Сосредоточьтесь, в частности, на связях и подсетях, которые подкрепляют сами себя. По возможности полагайтесь на эмпирически установленные связи на уровне отдельного клиента.
4. Добавляйте показатели процесса и результатов по мере необходимости. Соберите дополнительную информацию, которая послужит основой для предварительного функционального анализа, добавив данные повторных измерений по предполагаемым первичным процессам изменений, если это вообще возможно.
5. Основываясь на этих данных, пересмотрите сеть, включая модификации, которые появляются в свете номотетических прототипов, взятых из предыдущей функциональной аналитической работы. Организуйте сеть в интегративный, основанный на процессах отчет о развитии и поддержании дезадаптивной сети. Этот отчет представляет собой функциональный анализ случая. Так выглядит диагностика, основанная на процессах.
6. Рассмотрите, как с точки зрения процессов прямо или косвенно нарушить доминирующие функции сети. Уделите особое внимание возможным изменениям, которые с большой долей вероятности произойдут в случае вмешательств и могут быть сохранены. Вероятно, они

изменяют конкретные функциональные связи в дезадаптивных частях сети и предстанут в самоусиливающейся функции в новой адаптивной сети.

7. Принимая во внимание терапевтический контекст и взаимосвязь, выберите ряд вмешательств или методов, которые с наибольшей вероятностью нарушат сеть нужным образом.
8. Совершая вмешательство, продолжайте постоянно исследовать ключевые процессы изменений, терапевтический контекст и взаимоотношения, а также прогресс в достижении целей клиента. Оценивайте степень нарушения сети и изменения на уровне процесса.
9. Если на уровне процесса изменений нет или они неадекватны, вернитесь к предыдущим этапам. Обычно ситуацию поможет прояснить второй или третий этап, но в некоторых случаях пересмотрите модель ЕЕММ, выбранную на первом этапе. Если на уровне процесса происходят адекватные изменения, продолжайте вмешательства и оценку последующих результатов, исходя из ожидаемых связей между процессом и результатом, а также преследуемой клиентом цели.
10. Если выводы значительно разнятся, попытайтесь скомбинировать конкретный анализ процессов, терапию и результаты в номотетические прототипы по мере накопления случаев. Если результатов недостаточно, вернитесь к более ранним этапам. Обычно загвоздка снова возникает на втором или третьем этапе, но в некоторых случаях пересмотрите модель ЕЕММ, выбранную на первом этапе.

По мере расширения знаний о процессах изменений и усложнения мер многие из этих действий станут более автоматическими и эмпирическими для терапевта. Например, по мере продвижения автоматического измерения результатов или параметров (или процессов изменений) второй этап может стать более рутинным, а этапы 3–8 — зависеть от больших данных. Тем временем терапевту также не помешает освоить концептуальный сетевой анализ, чтобы связывать функциональный анализ, основанный на процессах, с ЕЕММ и повторными оценками. В следующих главах мы продемонстрируем преимущества ЕЕММ, поэтапно применяя ее к отдельным клиническим случаям. Поначалу сосредоточимся только на нескольких строках и столбцах, чтобы позже вы чувствовали себя уверенно в применении этой системы в ее целостном виде.

ГЛАВА 4

Измерение когниции, аффекта и внимания

Теперь у вас есть представление о расширенной эволюционной метамодели (ЕЕММ), и в следующих нескольких главах мы подробнее изучим подсети различных измерений и уровней ЕЕММ и как они применимы к конкретным клиентам. В этой главе познакомимся с клиенткой по имени Майя, страдающей хронической болью. Хроническая боль необычна, потому что, в отличие от многих других заболеваний, большинство людей с хронической болью будут испытывать ее всю оставшуюся жизнь. Боль становится настоящей проблемой, и людям трудно смириться с тем, что она, вероятно, никогда полностью не пройдет.

На примере Майи рассмотрим различные измерения расширенной эволюционной метамодели (ЕЕММ) и увидим, как представлено каждое измерение в ситуации этой клиентки. В случае Майи измерения когниции, аффекта и внимания занимают центральное место, поэтому здесь уделяем особое внимание именно этим измерениям. Остальные аспекты (селф, мотивация и поведение) обсудим позже.

Начнем с первой встречи с клиенткой, во время которой терапевт получает основную информацию о ситуации и задействованных процессах. Обратите внимание, что этот разговор не исключительно о процессах. Он строится согласно с общей структурой терапевтической беседы. После этого нужно организовать собранную информацию в сетевую модель и обсудить, как случай Майи вписывается в измерения когниции, аффекта и внимания. В конце все собранные элементы пройдут функциональный анализ. Таким образом, вы получите более глубокое понимание того, как измерения когниции, аффекта и внимания представлены в клиническом случае, как эти элементы структурируются в сетевую модель и как извлеченная из модели информация затем используется для функционального анализа. Приступим.

История Майи

Терапевт. Что привело вас сюда сегодня?

Майя. Ну, подруга с работы сказала, что вы могли бы помочь. Сейчас я действительно на пределе своих возможностей. Поэтому пришла и готова попробовать все, что угодно.

Терапевт. Все, что угодно? И как, по-вашему, я мог бы помочь?

Майя. Разве это не ваша работа? То есть у меня постоянная боль в спине, и иногда она настолько сильная, что я едва могу встать с постели, не говоря уже о том, чтобы заниматься делами, ходить на работу или еще куда-нибудь. Уже и не знаю, что делать. Это просто выводит меня из себя, и я здесь, чтобы узнать, как вы можете мне помочь.

Хотя разговор едва начался, мы уже узнали несколько важных моментов о нашей клиентке. Во-первых, Майя борется с хронической болью в спине, из-за которой приходится ограничивать свою активность и не ходить на работу. Во-вторых, эта ситуация для клиентки — серьезный источник гнева. Разместив добытую только что информацию в сетевой модели, получим рис. 4.1.

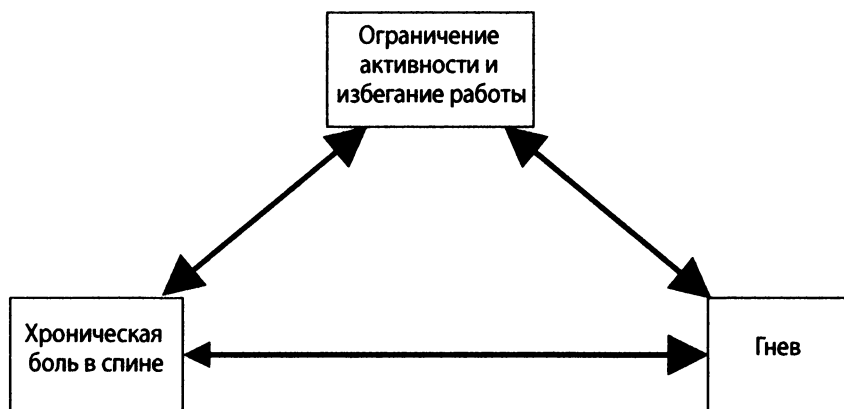


Рис. 4.1. Начальная сетевая модель Майи

Разумеется, факторы в сети Майи связаны друг с другом. Женщина упомянула, что хроническая боль в спине заставляет ее ограничивать свою активность, но верно и обратное: когда она ограничивает свою активность и остается в постели, то боль в спине усугубляется (следовательно, связь изображена в виде двусторонней стрелки). По-видимому, то же самое

происходит с уровнем испытываемого гнева: гнев заставляет Майю ограничивать себя, а ограничение себя подпитывает гнев. Наконец, хроническая боль также усиливает гнев. И хотя верно и обратное (гнев усиливает ее хроническую боль), влияние гнева на хроническую боль слабее (поэтому взаимосвязь изображена маленькой стрелкой). Обратите внимание, что все узлы и их связи могут измениться по мере изучения ситуации Майи.

Терапевт. Расскажите подробнее об этой боли в спине. Как и когда она началась?

Майя. Около шести месяцев назад у меня была травма на работе. Я медсестра и работаю в отделении интенсивной терапии. Мне часто приходится доставать средства гигиены для пациентов из кладовой. И вот около полугода назад я, как обычно, пошла за салфетками, поскользнулась и ушибла спину. С тех пор у меня мучительная боль, которая никак не проходит.

Терапевт. Сочувствую вам. Как вы обычно справляетесь с болью?

Майя. Просто ужасно. Боль такая, что я с трудом справляюсь со всем остальным. То есть я теперь почти не хожу на работу. Боль всегда со мной, и я очень переживаю, не будет ли она длиться всю жизнь. Вдруг она никогда не исчезнет? Такие вот мысли...

Терапевт. Значит, вы тратите много времени на размышления о том, останется ли боль.

Майя. Да, именно так.

Терапевт. А если бы я наблюдал за вашими переживаниями со стороны, что бы я увидел?

Майя. Не слишком многое, вот уж точно. Я просто сижу полностью погруженная в мысли. И на самом деле больше ничем не занимаюсь.

Терапевт. И помогает ли это вам, или это часть проблемы?

Майя. Это определенно часть проблемы. Когда я остаюсь дома и ничего не делаю, у меня просто появляется больше времени для беспокойства и размышлений. Сильно злюсь по любому поводу.

Теперь мы углубились в разговор и узнали больше о Майе, чтобы усовершенствовать нашу сетевую модель. Например, Майя страдала от хронических болей в спине во время травмы на работе, когда поскользнулась

и упала в кладовой. Кроме того, Майя, как правило, очень беспокоится о своей боли и опасается, что она может никогда не исчезнуть. Добавим эти новые факторы в качестве узлов в сетевую модель Майи (рис. 4.2).

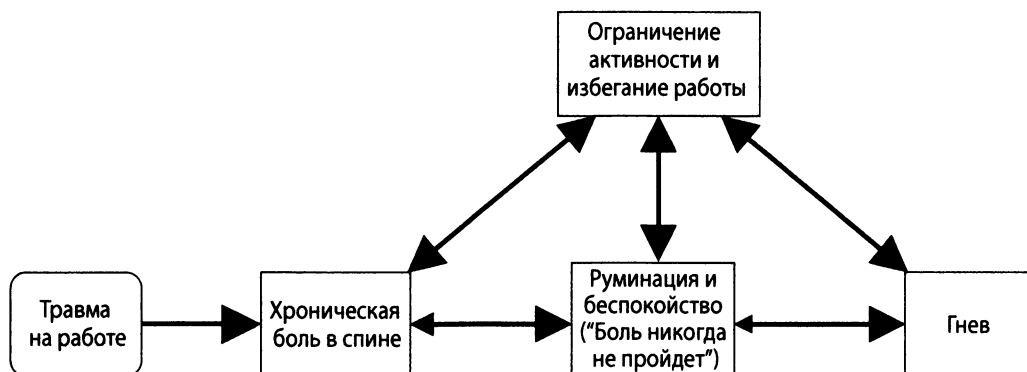


Рис. 4.2. Расширенная сетевая модель Майи

Обратите внимание, что новые узлы связаны с другими, ранее установленными. Например, травма Майи на работе привела к хроническим болям в спине (простая односторонняя связь). Узел “Травма на работе” имеет закругленные края, потому что у него функция модератора (контекстуальный фактор, который не меняется, но меняет то, как процессы изменений связывают измерения, уровни или столбцы), тем самым беря на себя особую роль в сети. Кроме того, руминация Майи и беспокойство о своем состоянии занимают центральное место и связаны с несколькими другими узлами. Хроническая боль в спине непосредственно заставляет размышлять и беспокоиться, что, в свою очередь, заставляет злиться. Следовательно, узел “Руминация и беспокойство” находится между узлом “Хроническая боль в спине” и узлом “Гнев”. Обратите внимание, что гнев усиливает склонность Майи к беспокойству, хотя предположительно в меньшей степени (следовательно, связь изображена маленькой стрелкой). Кроме того, Майя ограничивает свою активность, когда беспокоится, и это заставляет ее беспокоиться еще больше (связь изображена в виде двусторонней стрелки).

Терапевт. И как ваше состояние повлияло на вашу работу?

Майя. Ну, я не работаю так много, как раньше, потому что просто не могу. Просто не могу. Ну и поделом им.

Терапевт. Что вы имеете в виду?

Майя. Я много раз говорила начальству об этой захлавленной кладовой, а они просто отмахивались от меня, обещали что-то предпринять,

но так ничего и не сделали. Комната представляла угрозу, и это был только вопрос времени, когда кто-то пострадает.

Терапевт. Итак, вы считаете, что несчастный случай произошел в результате халатности вашего руководства, и в некотором смысле “этого даже не должно было случиться”.

Майя. Да. Это явно вина начальства. Я имею в виду, что меня злит одна мысль об этой несправедливости.

Терапевт. И когда возникает это чувство несправедливости, становится ли от него легче?

Майя. Я понимаю, что на самом деле оно не помогает. Потом я определенно чувствую себя хуже. Но это все равно правда. Это действительно была их вина, потому что они не воспринимали меня всерьез. Я ведь предупреждала их по крайней мере три раза!

Постепенно мы получаем более полное представление о ситуации Майи, и только что узнали, что клиентка винит в несчастном случае свое руководство. Ранее она предупреждала их о захламленной кладовой, а теперь испытывает чувство несправедливости и думает, что этого не должно было случиться. Это еще больше объясняет ее гнев. Если добавим эти новые элементы в сетевую модель Майи, она приобретет вид, как на рис. 4.3.



Рис. 4.3. Дальнейшая расширенная сетевая модель Майи

Как обычно, новые узлы не стоят отдельно, а являются частью сети. Майя предупреждала своих руководителей об опасности, но безрезультатно, и именно поэтому теперь она испытывает чувство несправедливости (следовательно, связь изображена как еще одна простая стрелка). Чувство несправедливости связано с несколькими другими узлами, где оно находится в самоусиливающемся цикле, связанном со склонностью Майи к руминации и беспокойству, а также к ее гневу (хотя, основываясь на терапевтической беседе, похоже, что чувство несправедливости подпитывает гнев больше, чем гнев — чувство несправедливости; следовательно, последняя связь изображена стрелкой меньшего размера).

Как видно, существует множество различных факторов и процессов, которые формируют ситуацию Майи и вызывают, поддерживают или облегчают борьбу женщины с хронической болью. Теперь разберем опыт Майи по различным измерениям ЕЕММ, начиная с измерения когниции. По ходу дела продолжим изучать ситуацию клиентки и раскрывать сопутствующие процессы.

Измерение когниции

Способ, которым клиенты думают о событиях в своей жизни и придают им смысл, на самом глубоком уровне формирует их жизненную ситуацию и способность справляться с вызовами и трудностями. И Майя не является исключением из этого правила. Хотя хроническая боль изначально не была продуктом ее мышления, она ним поддерживается. Именно это обстоятельство придает веса изучению когнитивных способностей Майи, ведь мысли и отношение к ним могут стать рычагом воздействия на проблему хронической боли. Если еще раз взглянуть на сетевую модель Майи, то можно отметить два узла (выделены серым цветом), которые в первую очередь относятся к когнитивному измерению (рис. 4.4).

В частности, Майя проводит много времени, размышляя и беспокоясь о своей жизни. Она думает о том, пройдет ли боль хоть когда-нибудь. Кроме того, клиентка заиклилась на чувстве несправедливости, поскольку предупреждала начальство об опасности, которая в конечном итоге привела к ее травме. Майя обвиняет начальство в халатности и считает, что “этого не должно было случиться”.

В конечном итоге когниции усиливают гнев Майи и подталкивают ее еще больше ограничивать свою деятельность. Разумеется, это еще не все. Во-первых, в сети Майи действуют несколько пока не раскрытых факторов.



Рис. 4.4. Когнитивное измерение

Мы обратим на них внимание позже в этой главе, когда будем рассматривать измерения аффекта и внимания. Во-вторых, хотя когниции Майи усугубляют ее проблемы в долгосрочной перспективе, в краткосрочной — они могут принести пользу.

Беспокойство и руминации дают ложное чувство контроля, и поэтому психологически успокаивают. Задействовав свою боль, Майя может найти неожиданное решение (по крайней мере напрашивается такой вывод, а данные свидетельствуют о том, что это обычная характеристика руминаций). Кроме того, мысль о том, что травма была “несправедливой” и что “виновато начальство”, также психологически утешительна. В конце концов, когда вина лежит на ком-то другом, Майе не нужно брать на себя ответственность за собственные действия или трудные шаги, которые теперь придется предпринять, чтобы двигаться вперед.

Другими словами, когниции выполняют различные, казалось бы, полезные функции. И хотя дезадаптивные модели мышления способны усугубить долгосрочные страдания, в краткосрочной перспективе они весьма утешительны. Обратите внимание, что все эти рассуждения носят чисто умозрительный характер и нуждаются в более тщательном анализе с клиентом в рамках функционального анализа (который мы начнем делать позже). На этом этапе важно отметить, что когнитивные факторы, которые

увеличивают долгосрочные страдания, часто приводят к вроде положительным или полезным краткосрочным результатам. На самом деле это справедливо для всех дезадаптивных когнитивных стилей.

Потребность клиента в психологической согласованности (в смысле “это является правдой”) может стать настолько доминирующей, что он запутается в ложных нарративах или бесполезных мыслительных паттернах. Мнимая согласованность может смягчить жесткое мышление, которое не соответствует текущим потребностям и не обеспечивает действительно благоприятных путей продвижения вперед. С когнитивной точки зрения клиенты с психическими проблемами легко предпочитают форму функции, т.е. они больше ориентируются на то, что является “истинным”, а не на то, что полезно и адаптивно.

Рассмотрим следующие примеры дезадаптивного мышления.

Когнитивное слияние. Когнитивное слияние — стиль мышления, при котором человек отождествляет себя с определенной мыслью (т.е. “сливается” с мыслью). Тогда мысль начинает доминировать в поведении человека, кажется абсолютной истиной или неизбежным приказом, которому человек должен подчиняться.

Руминации. Руминации бывают очень разными. Человек может размышлять о событии в прошлом в поисках значимых уроков, чтобы это событие не повторилось. В качестве альтернативы, человек размышляет о будущем, пытаясь избежать грядущего события и снова ища весомые ответы. В обоих случаях человек вроде убежден, что делает что-то продуктивное, в то время как он теряет связь с настоящим моментом и усугубляет свою боль.

Дисфункциональное мышление. Дисфункциональное мышление включает в себя выражение негативного восприятия себя, других и мира в целом. Оно способно подорвать чувство собственного достоинства человека или его способность эффективно функционировать. К сожалению, этот тип мышления часто становится автоматическим, приводя к бесспорной интерпретации событий, поэтому трудно уловить такие мысли в том виде, в каком они приходят.

Естественно, существует еще много примеров дезадаптивных когнитивных стилей, и охватить их все означало бы свести на нет цель этой книги. Что же их объединяет? Как правило, они подкрепляют сами себя и обеспечивают краткосрочную выгоду за счет долгосрочной боли. Они часто

успокаивают, создавая ложное чувство “безопасности”, за которое приходится расплачиваться. Они сужают мышление и ограничивают тип мыслей, которые клиенту “разрешено” иметь. Другими словами, они ограничивают вариативность и отбор. Часто это происходит автоматически; отсеивается информация, которая не вписывается в нарратив. В итоге вопреки рациональности клиент выбирает свой дезадаптивный когнитивный стиль, потому что он выполняет определенную функцию. Просто выбор не в пользу клиента.

К сожалению, бесполезно лишь указать на дезадаптивные когнитивные особенности клиента. Вместо этого вам нужно раскрыть функцию определенного стиля мышления и предложить жизнеспособные альтернативные когнитивные стратегии, которые обеспечивают более широкое и гибкое мышление и, следовательно, большую вариативность, отбор и сохранение. Способов сделать это так же много, как и различных школ психотерапии. Поэтому вместо того, чтобы охватывать их все, давайте рассмотрим некоторые примеры адаптивных когнитивных стилей.

Когнитивное разделение. Когнитивное разделение — это концепция терапии принятия и ответственности. Она описывает процесс создания дистанции между собой и своими мыслями, когда неприятные и бесполезные мысли не доминируют над действиями.

Когнитивная гибкость. Когнитивная гибкость — способность менять свое мышление и внимание в ответ на меняющуюся ситуацию. Таким образом, человек способен гибко и легко удерживать мысли и даже менять предыдущие глубоко укоренившиеся убеждения, когда они вредят достижению целей и благополучия.

Переоценка. Переоценка — способность переосмысливать ситуации и переживания таким образом, чтобы придать себе сил. Эта стратегия часто используется людьми, которые борются с трудными переживаниями, и нужно придать новый смысл своему гневу и боли. Переоценка часто применяется в когнитивной терапии.

Как и в случае с примерами дезадаптивных когнитивных стилей, существует гораздо больше примеров адаптивных когнитивных стилей. На этом этапе терапии важно:

- идентифицировать когнитивные компоненты клиента;
- раскрыть, как эти компоненты вписываются в общую картину.

Возьмите на заметку следующие вопросы, которые могут пригодиться на сеансах с вашими собственными клиентами, когда будете исследовать проблемы вариативности, отбора и сохранения в когнитивном измерении. (Примечание: подобные наводящие вопросы даны в нескольких главах; их также можно загрузить на английском языке с веб-сайта этой книги, <http://www.newharbinger.com/47551>.)

Наводящие вопросы. Когниция

Исследуйте проблемы вариативности. Какие мысли (и стратегии совладания с мыслями) возникают у клиента в трудный момент? Какие из них стали доминирующими? Присутствует ли ригидность в конкретных когнитивных установках (например, доминирующие “схемы” и повторяющееся негативное мышление) или формах адаптации к ним (например, отношение к ним как к буквальной истине)?

Исследуйте проблемы отбора. Каким функциям служат эти мыслительные паттерны или формы адаптации к мыслям? Начните с доминирующих, повторяющихся и дезадаптивных мыслей, а затем переходите к более адаптивным элементам, как бы редко они ни возникали.

Исследуйте проблемы сохранения. Как доминирующие модели мышления и формы адаптации поддерживают и облегчают проблемы клиента в сетевой модели? В случае с мыслями и паттернами адаптации — почему они не сохраняются? Какие другие особенности сети препятствуют сохранению результатов?

Действие 4.1. Когниция

Вернемся к проблемной области, которую вы определили в собственной жизни в предыдущих главах. В “наводящих вопросах” мы задаем прямой вопрос о проблемах вариативности, отбора и сохранения в области когниций. Попробуйте ответить на наведенные выше вопросы с ракурса когнитивного измерения в вашей проблемной области.

Пример

Проблемы вариативности. Мысли, которые появляются в трудный момент: “Я покажу себя в невыгодном свете”, “Я не понравлюсь”, “Во мне нет чего-то особенного”, “Что я вообще делаю” Несмотря на то что какая-то маленькая часть меня знает, что все эти мысли моего внутреннего диктатора, в данный момент они кажутся неизбежной правдой.

Проблемы отбора. Эти мысли способны уберечь меня от отвержения другими и самим собой в первую очередь. Альтернативные, более адаптивные мысли служат для того, чтобы я не отвергал себя и оставался на связи с тем, что для меня важно, а именно участвовал в социальной жизни и выстраивал важные отношения.

Проблемы сохранения. Отвергая себя, я не могу испытать, что меня принимают таким, какой я есть, — ни самим собой, ни другими. Мысль о том, что я не понравлюсь, остается неоспоримой, потому что никто не видит мое истинное “я”. Альтернативные, адаптивные мысли где-то есть, но до них трудно добраться, потому что страх влияет на их правдоподобность.

Измерение аффекта

Отношение клиентов к своей ситуации, а также их способы совладания со своими эмоциями в целом в корне определяет их состояние и способность справляться с проблемами. Основной эмоциональной реакцией Майи является гнев, на который влияет целый ряд других факторов.

Например, мы обнаружили, что Майя часто беспокоится о том, исчезнет ли когда-нибудь ее боль в спине, часто заикливается на чувстве несправедливости из-за несчастного случая на рабочем месте, склонна ограничивать свою активность и избегает ходить на работу, и все это усиливает ее гнев. Но мы убедимся, что это еще не все. В дальнейшей беседе терапевт раскрывает дополнительный фактор, относящийся к измерению аффекта.

Терапевт. Вы упомянули, что часто ограничиваете себя, когда боль и гнев становятся слишком сильными. И вы только что сказали, что на самом деле это не помогает, и все же продолжаете это делать, верно? Итак, какая польза в том, чтобы остаться дома? Если бы вам пришлось обозначить причину, что бы вы сказали?

Майя. Ну, по крайней мере со мной больше не происходят несчастные случаи. На самом деле я боюсь снова покалечиться. Боюсь, что моему телу снова будет причинен вред, и в следующий раз мне понадобится инвалидное кресло или что-нибудь похуже.

Терапевт. И поэтому ваш разум говорит, что лучше остаться дома. Просто на всякий случай.

Майя. Да, именно так.

Терапевт. А бывают ли ситуации, когда страх нанести себе повторную травму усиливается? Когда вы чувствуете его больше всего?

Майя. Ну, он постоянно дает о себе знать. Раньше мне было особенно страшно при мысли о возвращении на работу, но теперь этот страх проявляется, когда я захожу в супермаркет или выхожу из душа либо даже встаю с постели. Я чувствую боль в спине, и мне очень страшно.

Мы только что узнали о важном новом элементе для сетевой модели Майи. Оказалось, что Майя боится повторной травмы и в результате ограничивает свою деятельность. По-видимому, страх не связан с определенным окружением, но возникает всякий раз, когда Майя сталкивается с хронической болью в спине. Добавив новый элемент в сетевую модель Майи (и выделив узлы, относящиеся к измерению аффекта), получим рис. 4.5.

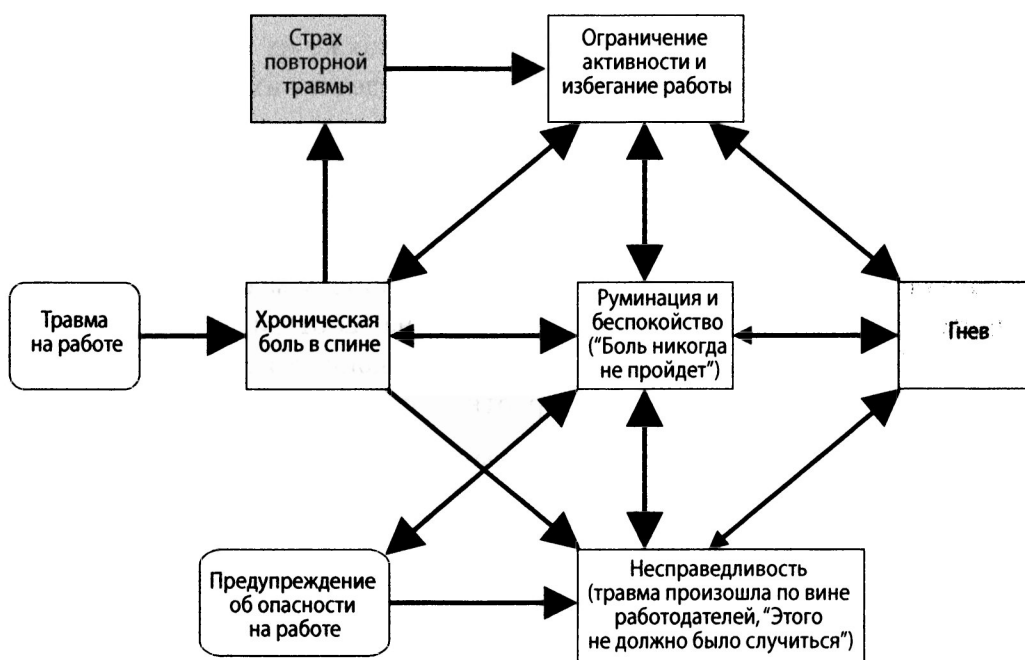


Рис. 4.5. Измерение аффекта

Как видите, два фактора, которые относятся к измерению аффекта, — это “Страх повторной травмы” и “Гнев”. Ни то, ни другое еще не является “процессами изменения” — это просто аффективные события. Но они связаны с другими событиями, и эти связи, или “функции”, являются процессами. Оба аффективных фактора побуждают Майю к неэффективным

действиям (т.е. “Ограничение активности и избегание работы”). Неэффективное решение, направленное на избежание страха, усиливает эмоциональную реакцию, создавая самоподкрепляющийся цикл, и весь этот цикл можно описать как процесс изменения (позже рассмотрим, как это назвать). Ограничивая свою активность, клиентка усугубляет хроническую боль, что, в свою очередь, заставляет ее еще больше бояться повторной травмы. Точно так же при ограничении активности Майя испытывает больше гнева, ведь, заметив, что не делает того, что для нее важно, женщина вспоминает о цене травмы.

Деадаптивные аффективные стили проявляются во всех формах. Отметим, что они могут относиться к отрицательным эмоциям (например, страх, печаль, скука, ревность), но более конкретно касаются *отношения* человека к своим эмоциям, “положительным” или “отрицательным”, и к ролям, которые у него есть. Другими словами, положение эмоции в сети (ее функциональная роль) гораздо более красноречиво, чем сама эмоция. Например, нет ничего плохого в том, чтобы бояться чего-то, если только страх не начнет доминировать в жизни человека и не приведет к деадаптивным действиям. В случае Майи страх перед повторной травмой заставляет ее ограничивать свою активность до такой степени, что это сказывается на жизненных возможностях и парадоксальным образом усугубляет хроническую боль. Именно этот нежелательный самоусиливающийся процесс изменений характеризует ее страх и ее способ борьбы с ним как деадаптивный. Таким образом, цель не столько состоит в устранении негативной эмоции (например, страх, печаль, скука, ревность), сколько в изменении ее функции. Другими словами, сетевое мышление допускает акцент на том, как человек справляется со своими негативными эмоциями в рамках сети своей жизни.

Рассмотрим следующие примеры деадаптивных аффективных процессов.

Эмпирическое избегание. Эмпирическое избегание — вид аффективной регуляции, когда человек пытается избежать аффективных и других внутренних переживаний, даже если это причиняет вред в долгосрочной перспективе. Эмпирическое избегание часто мотивировано возможностью кратковременно облегчить дискомфорт, тем самым поддерживается поведение и усугубляется борьба с объектом избегания.

Стыд. Стыд — это неприятное проявление застенчивости, когда человек оценивает себя негативно. Это часто приводит к тому, что человек

уходит из ситуации, которая вызвала или спровоцировала стыд, или считает, что этой эмоции нельзя доверять. Стыд часто сопровождается чувствами гнева, недоверия, страха, бессилия, уязвимости и никчемности. Просто как эмоция стыд имеет свое время и место, но поскольку он включает в себя скрытое “Я плохой”, то приводит к ригидности и когнитивным искажениям.

Одиночество. Одиночество — это неприятная эмоциональная реакция на социальную изоляцию. Как эмоция одиночество не обязательно токсично, но может подкреплять само себя, если связано с чувством недостойности, непривлекательности или другими привычными поведенческими, когнитивными паттернами или паттернами самовосприятия, которые приводят к социальной изоляции или хроническому чувству одиночества даже в присутствии заботливых близких людей.

Как и в случае с дезадаптивными стилями мышления, существует еще много примеров дезадаптивных аффективных стилей, но их рассмотрение выходит за рамки этой книги. Их объединяет то, что они, как правило, являются реакцией на обстоятельства клиента и подталкивают его к неэффективным действиям в различных измерениях. Эти паттерны часто имеют эффект самоуспокоения, устраняя дискомфорт в краткосрочной перспективе и сохраняя боль в долгосрочной, создавая таким образом нечувствительный к контексту дезадаптивный аффективный стиль, подкрепляющий сам себя.

Как и в случае с когницией, недостаточно просто указать на дезадаптивные аффективные процессы. Вместо этого нужно раскрыть функцию конкретного аффективного процесса и предложить жизнеспособные альтернативные стратегии, которые допускают более широкое, гибкое чувство и, следовательно, большую вариативность. Рассмотрим несколько более адаптивных аффективных стилей.

Принятие. Принятие — процесс разрешения нежелательному личному опыту (например, мыслям, чувствам, физическим ощущениям и другим внутренним переживаниям) приходить и уходить без ненужных попыток изменить их форму или частоту, скорее, просто извлечь уроки из их возникновения. Принятие — это не самоцель, а средство для извлечения уроков из эмоционального опыта и направления их в более эффективные действия.

Сострадание к себе. Сострадание к себе — это способность проявлять сострадание к самому себе в случае неудачи или боли. Здесь подразумевается теплое отношение к себе во время столкновения с болью, признание страдания как части общего человеческого опыта, а также осознание и принятие собственных эмоций.

Оптимизм. Оптимизм является чем-то большим, чем просто узконаправленной эмоцией, хотя и имеет сильный аффективный компонент, отражающий оптимистическое состояние ума, предполагающее ожидание положительных результатов в своей жизни или в мире в целом. Надежда может быть реакцией на кризис, открывающей новые творческие возможности.

Подобно примерам дезадаптивных аффективных стилей, существует гораздо больше примеров адаптивных аффективных стилей. Мы перечислим некоторые наиболее распространенные из них в главе 8, основываясь на обширном обзоре литературы. На этом этапе терапии важно:

- определить соответствующие аффективные факторы клиента;
- раскрыть, как они вписываются в общую картину клиента.

Наводящие вопросы ниже могут оказаться полезными для работы с собственными клиентами в исследовании проблем вариативности, отбора и сохранения в измерении аффекта.

Наводящие вопросы. Аффект

Исследуйте проблемы вариативности. Какие эмоции и стратегии адаптации к ним проявляются у клиента, когда он сталкивается с проблемой? Какие из них стали доминирующими? Присутствует ли какое-либо чувство ригидности в конкретных эмоциональных паттернах и (или) формах адаптации к ним (например, ограниченный диапазон аффектов, доминирующие стратегии регуляции эмоций)?

Исследуйте проблемы отбора. Какие функции выполняют эти эмоции и реакции? Начните с доминирующих, повторяющихся и дезадаптивных, а затем переходите к адаптивным формам, как бы редко они ни встречались.

Исследуйте проблемы сохранения. Как доминирующие паттерны эмоций и адаптация к ним облегчают проблемы клиента в сетевой модели? Почему адаптивные эмоции и формы адаптации к ним не сохраняются, когда возникают? Какие другие функции сети препятствуют сохранению результатов?

Действие 4.2. Аффект

Вернемся к той проблемной области, которую вы выбрали в действии 4.1, но теперь рассмотрим эмоции и реакции на них. Попробуйте ответить на наводящие вопросы выше в рамках области аффекта в вашей проблеме.

Пример

Проблемы вариативности. Я всегда боюсь, беспокоюсь и нервничаю, начиная разговор с другими людьми, особенно с незнакомцами и руководством. Эмоции становятся сильнее по мере развития диалога. Все время одно и то же.

Проблемы отбора. Страх сигнализирует мне об опасности и угрозе. Наличие страха и отстранение от ситуации поможет избежать травм или страданий. Независимо от того, насколько иррациональным это кажется, в данный момент в моем сознании логика дает верное представление о ситуации.

Проблемы сохранения. Избегая чего-то из-за страха, я никогда не оказываюсь в нестрашных ситуациях. У меня нет шанса убедиться, что быть отвергнутым не так больно, как я себе представляю. В результате страх сохраняется. И более того, нервозность даже усиливается по мере того, как я все настойчивее ухожу от ситуации. В конце концов, если бы обстоятельства не были по-настоящему страшными, мне бы вообще не пришлось отстраняться от них.

Измерение внимания

То, как клиенты направляют свое внимание на внешний и внутренний опыт, в корне формирует их ситуацию. Мы уже раскрыли несколько факторов, которые захватывают и смещают внимание Майи, в конечном счете разрешая и поддерживая ее проблемы. Например, Майя часто размышляет и беспокоится о хронической боли в спине, также женщина склонна заикливаться на чувстве несправедливости из-за травмы (поскольку обвиняет в несчастном случае начальство). Хотя эти факторы относятся к измерению когниции, они позволяют узнать, куда Майя направляет свое внимание и на чем фокусируется. Другими словами, клиентка много времени думает о боли, и это усиливает другие компоненты сети.

Терапевт. Могу я попросить вас проделать со мной небольшое упражнение? Это займет всего десять секунд, но оно того стоит.

Майя. Да, конечно.

Терапевт. Отлично. Сейчас я установлю таймер на десять секунд, на протяжении которых попрошу вас пересчитать все коричневые предметы в этой комнате. Когда услышите “стоп”, закройте глаза. Готовы?

Майя. Да, готова.

Терапевт. Отлично, приступаем! Ищите коричневый цвет! (*Ждет десять секунд.*) И “стоп”. А теперь, с закрытыми глазами, пожалуйста, перечислите мне красные предметы!

Майя (*смеется*).

Терапевт. Открывайте глаза. Сложная задача, не так ли?! Это невинное маленькое упражнение показывает, что все, на чем мы сосредоточиваемся, занимает центральное место в нашем сознании, в то время как множество других вещей вокруг нас упущено.

Майя. Я понимаю, но какое это имеет отношение ко мне?

Терапевт. Скажите, на чем вы сосредоточиваетесь в трудный момент?

Майя. Хм, не уверена. Наверное, думаю о том, как болит спина. И как тяжела и несправедлива вся эта неразбериха, и как это меня злит.

Терапевт. И когда вы вот так сосредоточиваетесь на боли, вам становится лучше или хуже?

Майя. Я чувствую боль еще явственнее, когда полностью сосредоточиваюсь на этом.

Терапевт. А как насчет мыслей о несправедливости и “этого не должно было случиться”? Когда вы сосредоточиваетесь на них, они отступают или захватывают еще сильнее? Или же ничего не меняется?

Майя. Они определенно становятся сильнее. Временами очень тяжело.

Терапевт. Понимаю. И когда вы чаще всего фокусируетесь на боли?

Майя. Думаю, тогда, когда мне становится действительно трудно, и когда погружаюсь в свои мысли. Кажется, что ничего другого не существует.

Сейчас мы убедились, что Майя много внимания уделяет своей боли, и что это обстоятельство с большой долей вероятности еще больше усложняет жизнь Майи. Спина начинает болеть сильнее, из-за руминации клиента только сильнее заикливается на чувстве несправедливости. Кроме того, усиливается гнев. Наконец, Майя упомянула, что она больше сосредотачивается на боли, когда чувствует всю тяжесть своего гнева и когда удерживает чувство несправедливости. Таким образом, существует множество самоподкрепляющихся петель, придающих вниманию Майи центральную роль в ее сети. Добавив в сетевую модель Майи новый элемент (“Внимание к боли”, выделенный серым цветом) вместе с соответствующими связями с другими факторами, получим рис. 4.6.

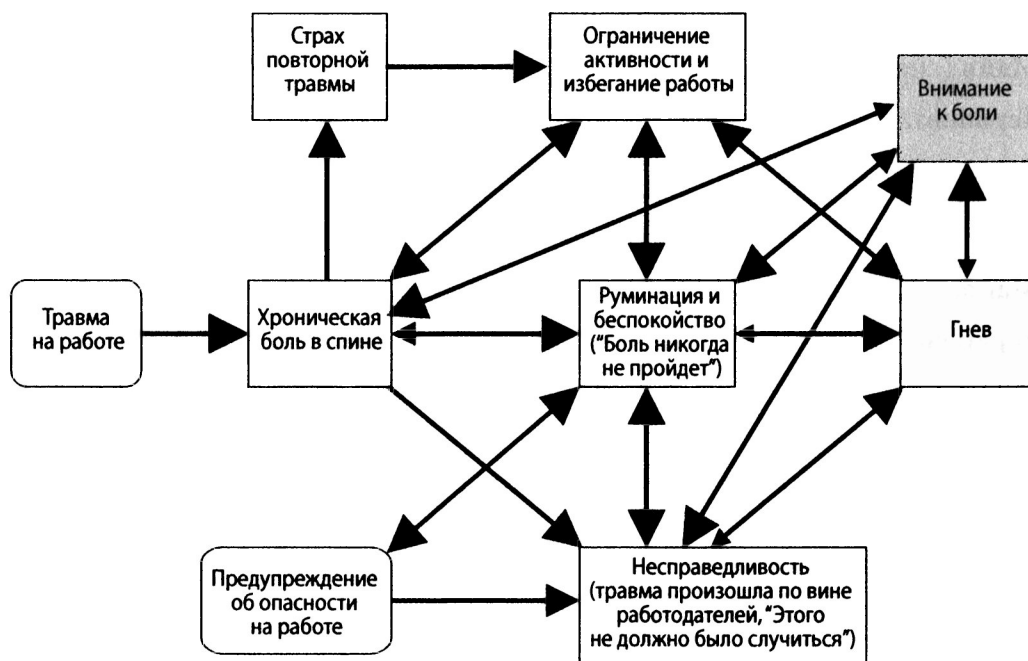


Рис. 4.6. Измерение внимания

Внимание Майи к своей боли способствует целому ряду других факторов и процессов, которые в конечном итоге поддерживают и усугубляют ее недуг. Внимание играет ключевую роль не только в проблеме клиентки, но и в ее решении. Простое изменение стиля внимания повлияет на смежные факторы и процессы. В последующих главах подробнее рассмотрим варианты терапии для Майи.

Нередко клиенты (особенно имеющие дело с хронической болью) жестко фокусируются на своей боли. Тем не менее существует гораздо больше вариантов дезадаптивных стилей внимания. Важно отметить, что не только объект внимания, но также манера и частота обращения определяют, является ли внимание дезадаптивным. Например, клиент сосредоточивается на своей боли с любопытством и отстраненностью. Таким образом, объект остается тем же (а именно боль), но манера отличается (открытая вместо жесткой), что меняет влияние внимания на другие узлы в сети. Мы считаем дезадаптивными те стили внимания, которые содействуют процессам, идущим вразрез с главными интересами клиента.

Рассмотрим следующие примеры дезадаптивных стилей внимания.

Жесткое внимание. Человек с жестким вниманием заикливается на определенной мысли, эмоции, физическом ощущении или другом внутреннем опыте. Объект внимания становится главным фокусом, и человеку трудно избавиться от него, даже ценой невыполнения других долгосрочных целей.

Рассеянный фокус. Человеку с рассеянным фокусом трудно удержать внимание на определенном объекте (внешнем или внутреннем) в течение длительного периода времени. Эта неспособность сфокусироваться часто мешает достижению долгосрочных целей.

Чрезмерное внимание к прошлому или будущему. Человек, направляющий чрезмерное внимание на прошлое или будущее, заикливается на событиях вне текущего момента ценой недостижения целей здесь и сейчас. Жесткий фокус на событиях в прошлом усугубляет боль, а внимание, направленное только на возможное будущее, усиливает страх. Все это можно рассматривать как аспект, связанный с руминациями и беспокойством.

Существует еще много примеров дезадаптивных стилей внимания, которые здесь не рассматриваются, но все они мешают здоровому развитию. Сосредоточенный на источниках психологической боли фокус занимает ум. В качестве альтернативы можно намеренно отвлечь внимание от источников боли (“спрятать голову в песок”). В любом случае устраняется непосредственный дискомфорт в краткосрочной перспективе за счет его сохранения в долгосрочной перспективе, тем самым укрепляется дезадаптивный стиль внимания с самоусиливающейся петлей. Но клиенту

не кажется иррациональным прибегать к дезадаптивным методам, которые просто не сработают в долгосрочной перспективе.

Как и в случае с дезадаптивной когницией и аффектом, недостаточно просто указать на проблему. Нужно раскрыть функцию определенного стиля внимания и предложить надежные альтернативы, которые обеспечивают широкое, гибкое восприятие и, следовательно, большую вариативность. Существует множество способов сделать это; вместо того чтобы охватывать их все, рассмотрим некоторые примеры адаптивных стилей внимания.

Осознанность. Осознанность помогает человеку жить в настоящем моменте и внимательно относиться к событиям в текущем времени. Человек наблюдает за этими событиями сознательно (т.е. самостоятельно) и непредвзято. Это означает, что все переживания, которые проявляются в настоящий момент, являются действительными и должны быть замеченными.

Действовать осознанно. Действуя осознанно, человек пребывает в контакте со своим опытом здесь и сейчас, совершая сознательные действия, которые согласуются с его целями или намерениями.

Гибкость внимания. Способность сужать или расширять свое внимание, удерживать его или переключаться между гибким, текучим и произвольным вниманием — это метакогнитивный навык, поддающийся тренировке и изучению. Он может быть полезен в самых разных клинических ситуациях.

Как и в случае с примерами дезадаптивных стилей внимания, существует гораздо больше примеров адаптивных стилей. На этом этапе терапии важно:

- определить компоненты внимания клиента;
- раскрыть, как эти компоненты вписываются в общую картину случая.

С помощью наводящих вопросов ниже исследуйте проблемы вариативности, отбора и сохранения в измерении внимания.

Наводящие вопросы. Внимание

Исследуйте проблемы вариативности. На чем клиент сосредоточивает свое внимание в трудный момент? Присутствует ли при этом какое-либо чувство ригидности (например, неспособность удерживать или смещать фокус с определенной области; заикленность на интерпретации прошлого или воображении будущего в ущерб жизни в настоящем; чрезмерно широкий или узкий фокус внимания)?

Исследуйте проблемы отбора. Какие функции выполняют эти модели внимания в сети событий клиента? Начните с доминирующих и проблемных паттернов, затем переходите к более адаптивным, т.е. гибким, текучим и произвольным.

Исследуйте проблемы сохранения. Как паттерны внимания способствуют хроническому возникновению проблем клиента в сетевой модели? Почему более адаптивные паттерны внимания не сохраняются? Какие другие функции сети препятствуют здоровому сохранению результатов?

Действие 4.3. Внимание

Рассмотрим ту же проблемную область, которую вы выбрали ранее, но теперь сосредоточьтесь на аспекте внимания. Попробуйте ответить на вопросы выше, применив их к измерению внимания вашей проблемной области.

Пример

Проблемы вариативности. В трудный момент я всегда сосредоточиваюсь на себе. Сосредотачиваюсь на своих мыслях, нервозности и странных ощущениях внутри тела. Теряется связь с происходящим вокруг.

Проблемы отбора. Скорее всего, я не хочу совершать никаких ошибок, поэтому слежу за собой гораздо больше, чем обычно. Кроме того, я пытаюсь решить проблему страха и нервозности, поэтому снова сосредоточиваюсь на себе.

Проблемы сохранения. Чрезмерно сосредоточиваясь на себе, я перестраховываюсь. Столько всего происходит без меня. Кто знает, что я упускаю, потому что не осмеливаюсь перестать следить за собой?! Фокус на себе дает мне ложное чувство безопасности, которое никогда не подвергается сомнению, поэтому сохраняется. С другой стороны, переносить внимание на что-то вовне кажется рискованным, потому что я могу сказать что-нибудь глупое.

Функциональный анализ Майи

Когда дело доходит до функционального анализа, основанного на процессах, нужно начинать с конца. Функциональный анализ имеет отношение к возникновению и поддержанию условий (т.е. тех, которые способствуют возникновению проблемы, и тех, которые способствуют ее поддержанию), но в обоих случаях “функция” относится к цели. В истории Майи два основных момента, которые были раскрыты до сих пор, — это гнев и ограничение активности. Из этих двух факторов гнев, по-видимому, играет более важную роль в решении клиентки обратиться к терапевту, хотя ограничение активности вполне может оказаться ключевым фактором поддержания самой хронической боли. Учитывая фокус Майи, начнем с гнева и будем двигаться в обратном направлении, рассматривая процессы, которые могут быть вовлечены в развитие и поддержание гнева.

При поиске процессов сначала обратимся к возможным аспектам сети, связанным с целью и подкрепляющим друг друга. Потенциально такие функции будут присутствовать при наличии двусторонних стрелок или подсетей, которые входят в замкнутые циклы из трех или более узлов. Начав с гнева и двигаясь в обратном направлении, рассмотрим три измерения ЕЕММ, упомянутым в этой главе, уделив особое внимание тем узлам, связям и подсетям, которые могут подкреплять сами себя в областях аффекта, когниции и внимания. По сути, любой из этих признаков способен действовать как механизм отбора и сохранения.

В когнитивной сфере на гнев Майи влияют как руминации и беспокойство, так и убежденность в несправедливости ситуации. И поскольку связи в обоих случаях двунаправленные, они сами по себе могут подкрепляться, независимо от остальных компонентов сети. Эта вероятность еще больше возрастает из-за двусторонней связи между запутанностью мыслей о несправедливости и руминацией вместе с беспокойством. Затем три узла (гнев, руминация и беспокойство, мысли о несправедливости) образуют возможную самоусиливающуюся петлю запутанности с дисфункциональным или катастрофическим мышлением и руминацией через их связь с гневом. Из-за специфических свойств эти когнитивные процессы становятся все более вероятными, сужая когнитивные способности Майи. Тогда человек не способен подойти к своей ситуации творчески. Поскольку клиентка регулярно руководствуется этим когнитивным стилем, он хорошо отработан и с большей вероятностью будет сохранен и менее восприимчив к контексту.

Как и в случае с большинством когнитивных процессов, их отличает объяснительная сила, чувство понимания, согласованности и контроля, которые они обеспечивают. Эти выборочные преимущества способствуют своего рода взаимодействию между измерениями ЕЕММ. Гнев придает смысл руминации и несправедливости (например, гневная реакция свидетельствует о той самой несправедливости, на которой сосредоточена Майя). Эти взаимосвязи показаны в табл. 4.1.

Таблица 4.1. ЕЕММ Майи: когниция и аффект (гнев)

	Вариативность	Отбор
Когниция	Руминация и дисфункциональные мысли о справедливости	Осмысление прошлого; размышление о будущем; социальная поддержка; гнев
Аффект	Гнев	Сосредоточенность на прошлом придает смысл гневу

Обычно люди полагают, что руминация и беспокойство приведут их в лучшее расположение духа, чтобы справиться с нынешними или будущими проблемами. На самом деле все устроено иначе, но ощущение того, что это могло бы быть именно так, служит самоподдерживающимся последствием.

Также возможно, что проявления несправедливости получают широкую социальную поддержку, поскольку предупреждения работников действительно часто несправедливо игнорируются, как, по-видимому, произошло в истории Майи. Друзья и семья, скорее всего, не смогут провести различие между рациональной верой в то, что может иметь место несправедливое давление, и психологическим фактом: Майя настолько запуталась, что практически приносит в жертву свою жизнь в попытке доказать это.

Вторичный цикл — это связь когнитивных процессов с избеганием и отсутствием изменений в верхней части сети, как видно на рис. 4.6. Когда Майя погружена в руминации, она с большей вероятностью будет ограничивать свое поведение и избегать работы. Это не только запустит новый виток гнева. По иронии судьбы, избегание боли (например, оборонительное поведение), как правило, усугубляет саму боль, что также подпитывают процесс когнитивного сужения.

Таким образом, в наборе узлов в этой сети, в центре которой находятся руминация и беспокойство, каждый из узлов развивает и поддерживает всю сеть.

На аффективном уровне страх Майи перед повторной травмой еще больше увеличивает вероятность ограничения активности и избегания работы

в процессе избегания страха. И это еще больше усиливает боль, способствуя процессам когнитивного сужения. Гнев клиентки усиливается.

В принципе предпочтение этого эмоционального процесса уменьшает страх в краткосрочной перспективе, но за счет укрепления этой эмоции в долгосрочной перспективе. Таким образом, как и в случае с когнитивными процессами, аффект становится более вероятным по мере его повторения не только потому, что становится привычкой, но и потому, что контекстуальные сигналы, вызывающие страх (например, ощущение боли в спине), более вероятны в результате. В табл. 4.2 показаны эти взаимосвязи.

Таблица 4.2. ЕЕММ Майи: когниция и аффект (страх боли; гнев)

	Вариативность	Отбор
Когниция	Руминация и дисфункциональные мысли о справедливости	Осмысление прошлого; размышления о будущем; социальная поддержка; гнев; избегающее поведение приводят к новой боли
Аффект	Страх боли; гнев	Сосредоточенность на прошлом придает смысл гневу; избегающее поведение приводит к новой боли

Последний набор процессов (процессов внимания) объединяет эту сеть. Он одновременно дает ей толчок для развития и делает ее относительно неподвластной контекстуальным особенностям, которые могут привести к новым способам адаптации к боли. Когда Майя злится, ее внимание возвращается к боли в спине, затем к страху перед повторной травмой, а после к путанице с дисфункциональными стилями мышления. Когда клиентка обращает внимание на эти особенности своей жизни, она не замечает остального, например адаптивных способов, которыми можно иногда справляться с болью или мыслить более гибко. Таким образом, даже если в повседневной деятельности есть зерно здорового роста, жесткая сосредоточенность внимания подавляет любую восприимчивость к возможностям измениться. Это показано в табл. 4.3.

Таким образом, сетевая модель показывает взаимосвязанный набор процессов когниции, аффекта и внимания (наряду с открытым поведением), которые сводят к минимуму здоровые вариации и адаптивную восприимчивость к контексту, объединяясь в самоподдерживающуюся сеть. Другими словами, Майя застряла в своей борьбе с хронической болью. И в результате поведенческое функционирование ухудшается, а гнев усиливается.

Таблица 4.3. ЕЕММ Майи: когниция, аффект и внимание

	Вариативность	Отбор
Когниция	Руминация и дисфункциональные мысли о справедливости	Осмысление прошлого; размышления о будущем; социальная поддержка; гнев; избегающее поведение приводят к новой боли
Аффект	Страх боли; гнев	Сосредоточенность на прошлом придает смысл гневу; избегающее поведение приводит к новой боли
Внимание	Внимание к боли	Внимание к боли во время гнева; внимание к боли после мыслей о несправедливости; чувство боли

Чтобы вывести этот анализ на новый уровень, придется собрать дополнительную информацию, которая послужит подспорьем для предварительного функционального анализа на основе процесса. Есть и другие аспекты, которые необходимо исследовать, и мы рассмотрим их в следующей главе.

Действие 4.4. Заполните свою схему ЕЕММ: измерения когниции, аффекта и внимания

Вернемся к проблеме, которую вы выявили в своей жизни. Составьте частичный план ЕЕММ, руководствуясь своими записями из действий 4.1–4.3. Заполните соответствующие измерения в контексте вашей проблемы. Обратите внимание, что ваша проблема не обязательно будет представлена во всех измерениях. Мы пропускаем столбцы для сохранения и контекста, потому что часто они включают функции других измерений, и частичный план ЕЕММ не охватывает то, что вам нужно.

	Дезадаптивный	
	Вариативность	Отбор
Когниция		
Аффект		
Внимание		

Пример

	Дезадаптивный	
	Вариативность	Отбор
Когниция	Я уделяю гораздо больше внимания возможной неудаче, чем способам достижения успеха	Это дает мне ощущение контроля над потенциальными проблемами, если я буду достаточно бдителен. Однако это также мешает мне слушать и находиться с людьми
Аффект	Я предпочитаю избегать социально сложных ситуаций, которые вызывают у меня тревогу	Избежав их, я сразу же чувствую себя лучше, но вероятность повторения сложных обстоятельств пугает меня еще больше
Внимание	Я слежу за признаками надвигающейся тревоги	Чувствую себя в большей безопасности и менее уязвимым. Но это мешает мне преуспевать, и когда я замечаю это, то тревожусь еще сильнее. Жуткая карусель

ГЛАВА 5

Измерения селф, мотивации и поведения

В предыдущей главе мы познакомились с Майей, страдающей хронической болью, чтобы проиллюстрировать измерения когниции, аффекта и внимания и начать рассматривать эти психологические аспекты в рамках расширенной эволюционной метамоделю (ЕЕММ), которая структурирует терапию, основанную на процессах (РВТ). В этой главе сосредоточимся на остальных психологических измерениях: селф, мотивация и поведение.

Сделаем это на примере истории Джули — клиентки с трудностями в близких отношениях. Джули посещает индивидуальную терапию. Эту проблему непросто устранить в рамках индивидуальной терапии, потому что динамика отношений по определению затрагивает нечто большее, чем отдельного клиента. Однако нередко приходится работать только с одним партнером. Иногда психологическая направленность работы оправдывает такой подход; в других же случаях необходимо работать с отдельным человеком даже для того, чтобы подступить к ситуации, в которой пара сама по себе может быть проблемой.

Начнем с первой терапевтической беседы, когда терапевт получает основную информацию о ситуации клиента. Как и в предыдущей главе, разговор следует структуре типичного клинического приема, но мы будем смешивать подходы в попытке не ограничиваться какой-либо конкретной психотерапевтической ориентацией.

Важно оставаться как можно ближе к субъективному отчету Джули, ведь это исходный материал, который служит основой РВТ. Открытые вопросы и рефлексивное слушание обеспечивают терапевту клинический опыт, чтобы убедиться, что он понимает внутренний мир клиента. Затем мы организуем собранную информацию в сетевую модель и проанализируем, как случай Джули вписывается в измерения селф, мотивации и поведения. Завершится глава функциональным анализом всех собранных элементов.

История Джули

Терапевт. Что привело вас ко мне сегодня?

Джули. На самом деле у меня есть насущная проблема, но я вижу также некую общую закономерность, поэтому надеялась поговорить с вами об этом и, возможно, найти какое-то решение, чтобы изменить мою жизнь.

Терапевт. Почему бы вам не продолжить и не рассказать мне подробнее об этой насущной проблеме.

Джули. Конечно. Итак, начну с небольшой предыстории. Мой муж — студент дневной формы обучения. Он собирается получить степень бакалавра и продолжить обучение в магистратуре. Я работаю дантистом, у меня своя частная практика. В рамках непрерывного образования я хочу посетить важную стоматологическую конференцию, которая проходит одновременно с выпускными экзаменами моего мужа.

Терапевт. Так, понимаю.

Джули. Когда я сказала, что собираюсь на конференцию, мой муж прокомментировал: “Нет, ты не поедешь”. Сегодня крайний срок регистрации на конференцию, но я терзаюсь этим разговором с ним.

Терапевт. Значит, муж не поддерживает ваше желание присутствовать на конференции, и вы избегаете говорить с ним об этом.

Джули. Да. Я вправду не говорила с ним об этом с тех пор, как он сделал тот комментарий. И я все же намерена посетить конференцию. Собираюсь. Просто не знаю, как отстоять свои интересы и сказать ему, что все же сделаю задуманное. Вот почему откладываю регистрацию до последнего.

Терапевт. Вы также упомянули некую общую закономерность. Справедливо ли будет предположить, что это не первый раз, когда вы откладываете трудные разговоры?

Джули. Да, так и есть. Я никогда не знаю, что сказать или как убедить его.

Первые несколько минут разговора уже многое говорят о ситуации Джули. Мы узнали, что клиентка изо всех сил пытается постоять за себя перед своим мужем, который не поддерживает ее желание посетить

конференцию. Более того, это привело к тому, что Джули избегала трудного разговора со своим мужем. Если поместить эти данные в сетевую модель, получится рис. 5.1.

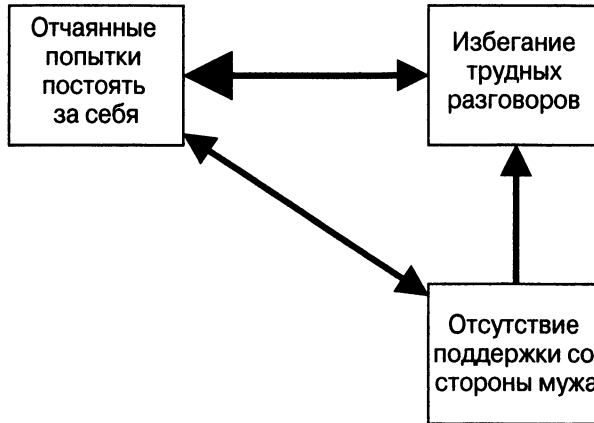


Рис. 5.1. Исходная сетевая модель Джули

Естественно, факторы в сети Джули не обособлены друг от друга, они все пребывают в тесной связи. Джули упомянула, что ей трудно постоять за себя, именно поэтому она избегает трудного разговора с мужем. Однако верно и обратное: поскольку клиентка часто избегает трудных разговоров, у нее не получается постоять за себя, и проблема не исчезает. Скорее всего, эта связь сильнее, поэтому изображена в виде двусторонней стрелки с наконечниками разного размера. Более того, Джули изо всех сил пытается постоять за себя, считая, что муж не поддерживает ее. Скорее всего, здесь тоже проявляется обратная сторона медали: муж, по-видимому, совершенно не поддерживает ее, а на попытки Джули отстоять свои интересы отвечает безразличием. Эта связь тоже показана двусторонней стрелкой. Наконец, Джули избегает любых трудных разговоров (не только в попытке постоять за себя), в том числе и со своим мужем, когда кажется, что он не поддерживает ее. Нет уверенности, что общая схема избегания сложных разговоров непреднамеренно приводит к отсутствию поддержки со стороны мужа Джули, поэтому пока что оставим стрелку в одном направлении, но это вполне может измениться по мере новых бесед.



Три фактора в узлах очерчивают суть ситуации Джули. Пока что сеть состоит только из них, но уже видна петля положительной обратной связи, где факторы взаимосвязаны и подкрепляют друг друга. По мере

исследования аспектов селф, мотивации и открытого поведения продолжим изучать случай Джули и раскроем дополнительные факторы и процессы сетевой модели этой клиентки.

Измерение селф

То, как клиенты думают о себе и пытаются поддерживать определенный образ себя, в корне формирует их жизнь и способность решать проблемы. Это правило распространяется на всех клиентов, в том числе и Джули. До сих пор мы выяснили, что Джули из всех сил пытается отстоять свои интересы и, как результат, избегает трудных разговоров, особенно со своим мужем. Пребывающие в основе этой модели исходные или поддерживающие факторы пока не раскрыты. В последующем сегменте беседы терапевт обнаружит дополнительные критерии сетевой модели Джули, которые относятся к измерению селф.

Терапевт. Вы упомянули, что вам трудно постоять за себя в сложных разговорах с мужем. Замечаете ли вы подобное за собой по отношению к другим людям тоже?

Джули. Думаю, эта проблема у меня всегда была. Я часто чувствую себя застенчивой и робкой рядом с другими. Мне определенно не просто постоять за себя в целом, а не только с моим мужем.

Терапевт. Когда вы говорите, что у вас “всегда была проблема”, примерно в каком возрасте вы поняли это?

Джули. Не уверена... но в достаточно раннем возрасте. Может, пять или шесть лет?

Терапевт. Пять или шесть. Действительно ранний возраст. Вы были совсем маленьким ребенком.

Джули. Да.

Терапевт. И кому понадобилось противостоять пятилетней Джули?

Джули. Я не уверена... наверное, моей матери.

Терапевт. Матери?

Джули. Да. Между нами всегда происходили столкновения. У нее были определенные представления о том, какими должны быть маленькие девочки. Хотя я думаю, что у нас были хорошие отношения, даже сейчас, но в детстве мне не разрешали делать многое

из того, что я хотела, потому что у нее были свои представления обо мне.

Терапевт. Не могли бы вы рассказать подробнее о том, что вы подразумеваете под этим?

Джули. Конечно. Я часто пачкала одежду, когда играла на улице, и в основном играла с мальчиками. Моей маме это не очень нравилось. Она всегда говорила, что “хорошие девочки так себя не ведут”, и пыталась сделать меня более “девчачьей”. Это в значительной степени продолжается по сей день. Среди прочего это означает угождать другим, в том числе и ей. Мои желания не учитывались.

Терапевт. А если вы вели себя не как “хорошая девочка” и действовали в собственных интересах, что говорила ваша мать?

Джули. Что же, разговор с ней был краток. Если я не делала того, чего она хотела, она повторяла, что я “не должна быть такой эгоистичной”.

Терапевт. Эта установка отразилась в настоящем в ситуации с вашим мужем и мыслями о поездке на конференцию? Появляется ли в вашем сознании слово “эгоистичный”?

Джули. Да, думаю, что появляется. Я действительно хочу попасть на конференцию, и попаду, но как только всплывает эта эгоистичная мысль, я начинаю еще больше нервничать из-за того, что обо мне подумают все остальные, и мне хочется зарыть голову в песок. В таком состоянии легко отступить от намеченного плана при малейшем сопротивлении.

Терапевт. Итак, когда возникает мысль “я не должна быть эгоисткой” вместе с желанием отступить, вы еще больше пытаетесь постоять за себя, и у вас еще меньше шансов вступить в конфронтацию, правильно?

Джули. Да, вполне. Я просто втягиваю голову в плечи и молчу.

Мы только что узнали о некоторых важных новых элементах сетевой модели Джули. Клиентка изо всех сил старается противостоять не только своему мужу, но и другим людям. Еще с детства это дается ей с трудом, когда маленьким ребенком у нее часто возникали споры с матерью о том, как подобает вести себя. Более того, мать Джули пыталась сделать из нее “хорошую девочку”, ожидая от нее пассивного повиновения, в то время как

собственные потребности и предпочтения Джули назывались “эгоистичными”. По сей день Джули чувствует себя застенчивой и робкой в присутствии других, особенно когда действует в собственных интересах.

Добавив новые элементы в сетевую модель Джули (и выделив те узлы, которые принадлежат измерению селф), получим рис. 5.2.

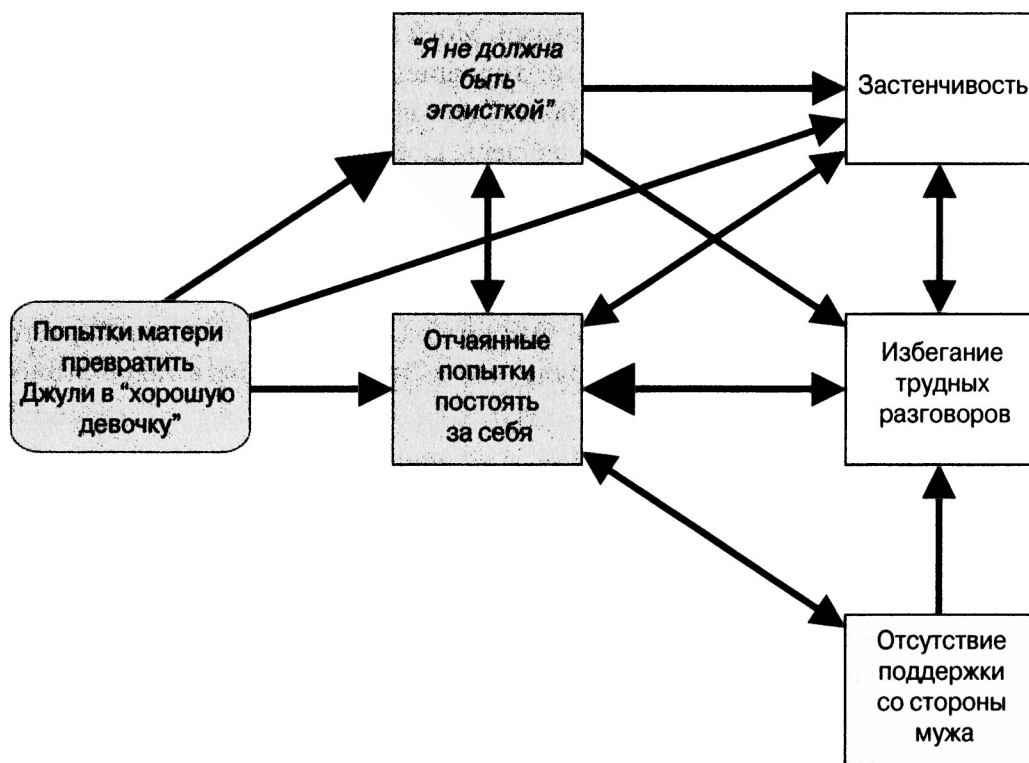


Рис. 5.2. Измерение селф

Обратите внимание, что квадрат, описывающий отношение матери к Джули, имеет закругленные края, чтобы отличать его как контекстуальный фактор, который не изменится, но является частью проблемы. Напомним, что научно эти узлы называются “модераторами”.

История отношений с матерью сформировала нынешнюю ситуацию и взгляд Джули на саму себя. Мать пыталась выстроить самооценку дочери таким образом, что это вынудило клиентку противостоять и стесняться в присутствии других (следовательно, обе связи показаны простыми односторонними стрелками). Более того, всякий раз, когда Джули сопротивлялась или действовала в своих интересах, мать говорила ей “не быть такой эгоисткой”. Это привело к тому, что всякий раз, когда Джули намеревается

действовать по-своему, она думает, будто поступает действительно “эгоистично” и не следует этого делать (следовательно, связь показана односторонней стрелкой). Намерение не быть “эгоисткой” сильно мешает способности Джули постоять за себя и поддерживает стремление избегать трудных разговоров. Кроме того, подпитывается чувство застенчивости в присутствии других. Однако неспособность постоять за себя также заметно поддерживает такой образ себя, на что указывает двусторонняя стрелка.

Справедливо предположить, что Джули с меньшей вероятностью вступит в конфликт, когда она стесняется, и что ее избегание трудных разговоров еще больше подпитывает чувство нервозности в присутствии других (связи показаны двусторонними стрелками). Стесняясь, Джули еще больше старается отстоять свои интересы, и это снова-таки подпитывает чувство застенчивости. Хотя самоощущение Джули и то, кем она “должна быть”, усугубляет ее проблемы в долгосрочной перспективе, в краткосрочной это служит определенной цели. Благодаря таким отношениям с матерью Джули привыкла вести себя как “хорошая” девочка, чувствуя себя любимой. В то же время независимая личность ассоциируется для нее с критикой и одиночеством. Эти ассоциации сохранились у Джули до сих пор, поэтому она чувствует себя любимой только тогда, когда ведет себя “хорошо”, и отрицает, что чувствует себя любимой, если поведение кажется ей “эгоистичным”. Поскольку Джули часто называли “эгоисткой” всякий раз, когда она осмеливалась противостоять матери, она быстро научилась уступать требованиям и желаниям других людей и полностью избегать трудных разговоров. Нарратив Джули приводит к трудностям в области отстаивания своих интересов, а также дает почувствовать себя в безопасности и любимой, если поведение “хорошее”.

Другими словами, рассказ Джули о себе и о том, какой она должна быть, служит определенной цели. И хотя это способно усилить долгосрочные страдания, в краткосрочной перспективе Джули получает утешение.

Обратите внимание, что такого рода рассуждения носят чисто умозрительный характер и нуждаются в более тщательном анализе с клиентом в контексте функционального анализа и эмпирических оценок. На этом этапе отметим, что все факторы, которые приумножают долгосрочные страдания, часто приводят к краткосрочным выгодам.

Рассмотрим следующие примеры дезадаптивных стилей селф.

Концептуализированное селф — это концепция из терапии принятия и ответственности (АСТ). Суть ее в нарративе, который мы создаем

о себе: какова наша личность и что мы можем или не можем делать. Нарратив необходим не только для определения самих себя, но и для сравнения себя с другими. К сожалению, поскольку это самоощущение используется для оценки и сравнения, мы склонны ограничивать себя содержанием нашего нарратива.

Фокусированность на событиях — часть тенденции превращать травматические или другие специфические негативные жизненные события в центральные элементы организации личности индивида и его нарратива.

Диссоциированная идентичность делает человека неспособным интегрировать жизненные события в рамках единого психологического жизненного курса и вместо этого “разделяет” на две или более “личностей”, каждая из которых обладает относительно различными и несвязанными наборами воспоминаний, аффектов, поведения и стилей мышления.

Это лишь некоторые из многочисленных примеров дезадаптивных стилей селф. Знаменательно, что все стили селф подкрепляют сами себя и дают краткосрочную выгоду за счет долгосрочной боли. Они часто успокаивают, вселяя ложное чувство “безопасности”, но ценой того, что захватывают самоощущение человека и еще больше сужают его. Они ограничивают тип мыслей, чувств и действий, которые клиенту “разрешено” иметь. Другими словами, ограничивают вариативность и отбор. Часто это происходит автоматически: информация, которая не вписывается в нарратив, игнорируется или вызывает сильный внутренний конфликт. В итоге клиенту не кажется иррациональным дезадаптивный стиль селф, потому что у него определенная функция. Просто эта функция не в пользу клиента.

Терапевту недостаточно просто указать на дезадаптивное селф. Вместо этого необходимо раскрыть функцию конкретного нарратива и предложить жизнеспособные альтернативы, которые позволят развить более широкое и гибкое самоощущение, увеличив вариативность, отбор и сохранение. Здесь мы снова обратимся к некоторым примерам многочисленных способов сделать это.

Наблюдение за собой (децентрация). Селф как точка осознания, или “децентрированная” перспектива, является частью нескольких клинических подходов. Есть много названий для этого чувства, когда человек воспринимает себя как наблюдателя, а не как объект наблюдения. Это перспектива наблюдения, засвидетельствования, контекста и

децентрации. С такой точки зрения индивид способен признавать мысли, чувства и другие внутренние переживания более свободно и гибко, не привязываясь ни к одному из них.

Самоуважение. По мнению людей, самоуважение — их неотъемлемая ценность. Она никем не дается, хотя на нее часто влияет родительское воспитание и другие факторы окружающей среды. Считается, что недостаток самоуважения часто заставляет людей вести себя саморазрушительным образом, в то время как высокое чувство собственной значимости побуждает людей улучшать свою жизнь.

Самозффективность. Самозффективность — убежденность людей в своей способности достигать желаемых результатов. Считается, что в основе высокой самозффективности лежит высокая самооценка, и это чувство делает людей продуктивными. Логично предположить, что недостаток самозффективности приводит к обратному результату и заставляет людей вести себя непродуктивно.

Как и в случае с примерами дезадаптивных стилей селф, существует много примеров адаптивных стилей. На этом этапе терапии важно:

- идентифицировать элементы, связанные с селф;
- раскрыть, как эти элементы вписываются в общую картину клиента.

В исследовании проблем вариативности, отбора и сохранения в измерении селф помогут следующие наводящие вопросы, которые можно задать клиенту во время сеанса.

Наводящие вопросы. Селф

Исследуйте проблемы вариативности. Есть ли у клиента чувства или концепции, которые проявляются в трудный момент или не проявляются вопреки их потенциальной пользе? Есть ли какое-либо чувство ригидности или отсутствия здоровой вариативности в области селф?

Исследуйте проблемы отбора. Каковы функции проблемного селф? Какие функции могло бы выполнять здоровое селф, если или когда оно появится?

Исследуйте проблемы сохранения. Как доминирующие паттерны в области селф поддерживают или облегчают проблемы клиента в сетевой модели? Почему адаптивное селф не сохраняется? Какие другие функции сети препятствуют сохранению результатов?

Действие 5.1. Селф

Попробуйте применить ряд перечисленных выше вопросов к измерению селф в вашей проблемной области. Ответьте на вопросы.

Пример

Проблемы вариативности. *Мое селф состоит из мыслей "я неудачник", "я глупец" и "я недостаточно хорош". Эти мысли кажутся очень убедительными, когда я пытаюсь решить свою проблему.*

Проблемы отбора. *Через разоблачение себя я защищаюсь от потенциальных нападок посторонних. Через отвержение себя я избегаю быть отвергнутым другими.*

Проблемы сохранения. *Я никогда не сомневаюсь в ощущении себя "неудачником", потому что никому не позволяю людям увидеть меня таким, какой я есть. Вместо этого я утверждаюсь в таком самовосприятии каждый раз, когда отвергаю себя (т.е. только неудачник будет думать о себе как о неудачнике).*

Измерение мотивации

Мотивация клиента лежит в основе разработки его проблемы и возможностей для изменений. Это верно для любого клиента, в том числе и для Джули. До сих пор мы узнали, чего Джули хочет, а именно избежать конфронтации с другими и не показаться эгоисткой (ни себе, ни другим). Однако мы мало знаем о том, что на самом деле движет ею, как она хочет действовать и чего достичь. В следующем фрагменте беседы терапевт отчасти раскрывает глубинную мотивацию Джули.

Терапевт. Мы немного поговорили о том, чего вы не хотите. Например, не показаться эгоисткой и избежать трудных разговоров. Теперь зайдем с другой стороны и посмотрим, чего вы на самом деле хотите для себя.

Джули. Хорошо, мне нравится.

Терапевт. Вы упомянули, что вы дантист с собственной частной практикой, верно?

Джули. Да, все так.

Терапевт. Расскажите о своей работе. Все хорошо?

Джули. Да, с работой у меня все в порядке. Поскольку из-за учебы мой муж пока не работает, я единственный кормилец в семье. Мои дела идут в гору, так что здесь нет проблем. Кажется, я нравлюсь моим пациентам, и мой график плотно заполнен.

Терапевт. Потрясающе! Значит ли это, что вы построили успешную карьеру?

Джули. Да, думаю, так и есть.

Терапевт. И что в вашей работе для вас наиболее важно?

Джули. Да много чего. Мне действительно нравится моя специализация, и я предполагаю, что довольно хороша в своем деле. Чувствую, что могу помочь другим людям, это очень важно. Меня признают за мою работу... это одна из причин, по которой я еду на конференцию. Честно говоря, здесь тоже чувствуется влияние матери, но я искренне хочу менять жизнь людей к лучшему.

Терапевт. Как желание помогать другим людям соотносится с попытками постоять за себя?

Джули. На самом деле это помогает, но эмоционально все не так просто. Заявление о себе помогает мне делать свою работу... но тогда возникает это ноющее чувство, будто я утверждаюсь за чужой счет.

Мы только что узнали новую информацию о Джули, которую можем добавить к ее сетевой модели. Мы узнали, что Джули строит успешную карьеру дантиста, и как часть своей работы она ценит помощь другим людям. Ее подлинная мотивация — помогать другим посредством своей работы. Но из-за соприкосновения с прошлым опытом, в котором “помощь другим” была средством подавления чувства свободы воли, попытки постоять за себя кажутся Джули самоутверждением за счет других, даже когда это не так. Обратите внимание, что квадрат, отвечающий за успешную карьеру, имеет закругленные края, чтобы отличать этот узел от модератора. Если добавить новые элементы в сетевую модель Джули (и выделить узел, который относится к измерению мотивации), получится рис. 5.3.

Очевидно, что существует преимущественно один фактор, относящийся к измерению мотивации, а именно желание Джули помогать другим людям. Оно нашло выражение в профессии дантиста (следовательно, эта связь изображена простой стрелкой в одну сторону). Хотя отчасти здесь

присутствует влияние матери, эта связь (влияние матери, побуждающее Джули помогать другим) также увеличивает вероятность, что клиентка изо всех сил пытается постоять за себя.

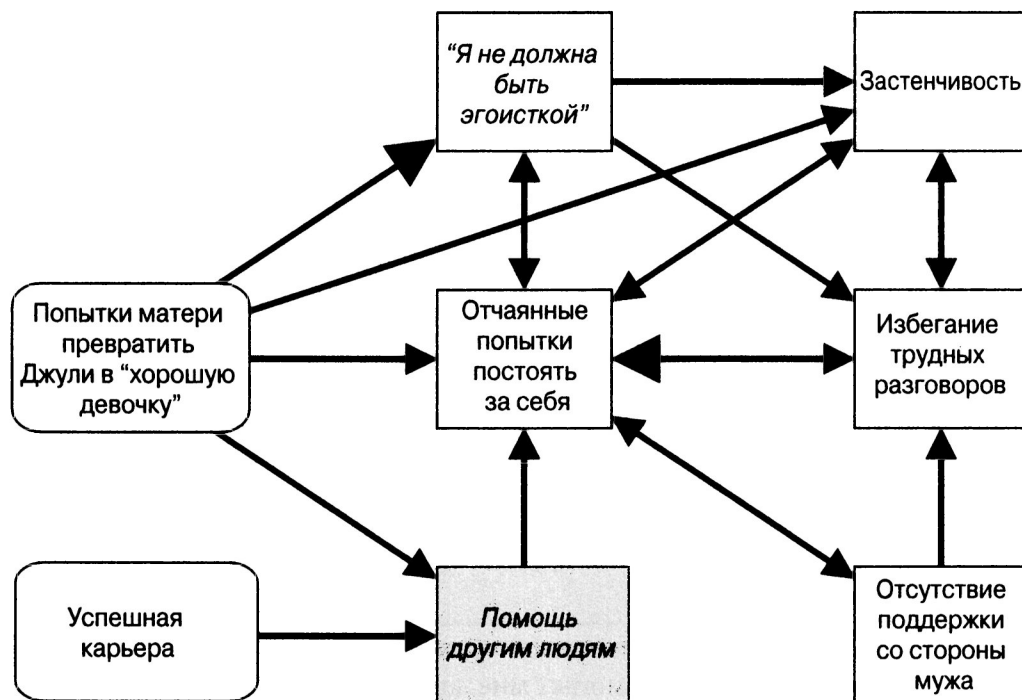


Рис. 5.3. Измерение мотивации

Деадаптивная мотивация проявляется в самых разных формах. Для многих клиентов эти мотивы часто заключаются в том, чего они не хотят или пытаются избежать. Однако терапевт копает немного глубже и часто обнаруживает в клиенте чувство заботы о чем-то или ком-то. Забота может быть о конкретном человеке, клиента о себе самом, о группе людей, о реализации определенного поведения, достижении какого-то результата, конкретном деле или любимом домашнем животном. Источник мотивации помогает направить клиента к новому поведению и внушить веру в реальность перемен.

В зависимости от клиента и функции мотивации в сети, мотивация клиента может оказаться деадаптивным фактором и фактически усугублять проблему, а не способствовать ее решению. Похоже, это как раз случай Джули, поскольку ее мотивация помогать другим людям находится в некоем противоречии со способностью утверждаться (по крайней мере это касается эмоциональной реакции). Клиентке еще предстоит создать

контекст, в котором отстаивание собственных потребностей и желаний было бы четким и позитивным выражением заботы о себе и других людях. Таким образом, большее значение, чем индивидуальная мотивация, имеет функция, которую она выполняет в контексте сети.

Рассмотрим следующие примеры дезадаптивной мотивации.

Материальные приобретения. Материальные приобретения относятся к такому виду мотивации, когда человек мотивирован приобретать материальные блага, например ценные предметы. Часто стремление к материальному приобретению вдохновлено более глубоким желанием почувствовать себя любимым, защищенным и счастливым.

Соответствие. Пытаясь соответствовать, человек действует не из собственных интересов, а бездумно перенимает ценности, цели и ориентиры других людей. Это часто является продуктом социального давления или бездумной ассимиляции для того, чтобы почувствовать принадлежность к группе.

Безразличие. Безразличие заключается в том, что человек очевидно ни о чем не заботится. Он действует, руководствуясь сиюминутными побуждениями и импульсами, а не высокими стандартами или целями. Тем не менее при дальнейшем наблюдении становится ясно, что позиция безразличия означает попытку избежать боли.

Разумеется, существует бесчисленное количество дезадаптивных видов мотивации, анализ которых выходит за рамки этой книги. Что у них, как правило, общего, так это поверхностный уровень заботы и пренебрежение лежащими более глубоко зарождающимися желаниями. Другими словами, дезадаптивная мотивация имеет отношение к краткосрочным потребностям и желаниям, в то время как адаптивная свидетельствует о долгосрочных искренних нуждах. Как уже было сказано, для клиента дезадаптивная мотивация вполне логична и обоснованна. Клиент получает краткосрочные результаты, хотя в долгосрочной перспективе она бесполезна.

Как и в случае с дезадаптивным селф, терапевту придется не только указать на дезадаптивную мотивацию, но и раскрыть функцию конкретных мотивов и предложить альтернативные стратегии для более глубокого чувства заботы и гибкой реализации этой мотивации, обеспечивая больше возможностей для вариативности и отбора. Существует бесчисленное множество способов сделать это. Конечно, рассмотреть их все здесь невозможно, поэтому обратим внимание на несколько примеров.

Ценности. Ценности составляют внутренний путеводитель, которым человек руководствуется в выборе действий. Этот внутренний курс обладает отдельной ценностью, и не рассматривается как средство достижения цели. Поэтому следование ему приобретает особое значение. Гармония со своими ценностями повышает вероятность того, что человек предпримет действия, направленные на улучшение его жизни.

Цели. Цели — это наброски желаемого будущего или будущих результатов, которые человек или группа людей представляют, планируют и обязуются достичь. Почти всегда достижение целей сопровождается дополнительными стимулами, которые выходят за рамки самой цели.

Планирование. Планирование — определение схемы действий для достижения желаемого будущего результата. Это мост между мотивацией к действию и реальным продвижением вперед и принятием мер.

Как и в случае с дезадаптивной мотивацией, существует гораздо больше примеров адаптивной мотивации. На этом этапе важно:

- определить мотивационные составляющие клиента;
- раскрыть, как они вписываются в общую картину случая.

Перейдем к наводящим вопросам, которые пригодятся терапевту во время сеансов, посвященных исследованию проблемы вариативности, отбора и сохранения в измерении мотивации.

Наводящие вопросы. Мотивация

Исследуйте проблемы вариативности. Проявляются ли какие-либо характерные дезадаптивные паттерны мотивации у клиента, когда он сталкивается с проблемой? Какие аспекты адаптивной мотивации вопреки их пользе не проявляются? Есть ли ощущение ригидности или отсутствия здоровой вариативности в области мотивации?

Исследуйте проблемы отбора. Каковы функции дезадаптивных мотивов? Какие функции у более здоровых форм мотивации, когда они возникают?

Исследуйте проблемы сохранения. Как доминирующие паттерны в области мотивации в сетевой модели поддерживают проблему или помогают клиенту справиться с ней? Почему не сохраняются более адаптивные формы мотивации? Какие другие функции сети препятствуют сохранению результатов?

Действие 5.2. Мотивация

Рассматривая ту же проблемную область, что и раньше, но теперь сосредоточив внимание на мотивах, попробуйте применить вопросы выше к сфере мотивации в вашей проблемной области. Ответьте на вопросы.

Пример

Проблемы вариативности. В разговорах с другими я в первую очередь думаю о том, как бы не поставить себя в неловкое положение или не сказать какую-нибудь глупость. Я хочу нравиться окружающим. Также хочу быть искренним и настоящим человеком, но в момент проявления страха все запутывается.

Проблемы отбора. Мотивация "не ставить себя в неловкое положение" помогает избежать отказа и насмешек со стороны других. В первую очередь она основана на нежелании чего-то, а не на искреннем желании. Мотивация быть искренним и настоящим помогает заводить контакты, но она омрачена моим нежеланием пострадать.

Проблемы сохранения. Всякий раз, когда мне удастся избежать неловкого положения, а это случается чаще всего, я в который раз убеждаюсь, что все закончилось хорошо, потому что я строго контролировал себя. Но все случаи, когда мне было неловко, я приписываю тому, что делаю недостаточно, чтобы избежать таких ситуаций. В любом случае мотивация укрепляется.

Измерение поведения

Как видно на примере Джули, действия и поведение клиентов в корне определяют их жизненную ситуацию. На данный момент мы раскрыли несколько факторов, которые показывают, как Джули предпочитает действовать в трудный момент. Например, она не склонна отстаивать свои желания, и более того, она упорно избегает трудных разговоров, тем самым ухудшая ситуацию. Однако это еще не все. В следующем фрагменте беседы мы выясним дополнительный фактор, который формирует ситуацию Джули и укрепляет связи в ее сети.

Терапевт. Предлагаю небольшой эксперимент. Нам не потребуется никакого оборудования, но вы можете понять, как добиться изменений.

Джули. Хорошо.

Терапевт. Предположим, у меня в руке пистолет. Я направляю на вас оружие и предупреждаю, что буду стрелять, если вы не почувствуете уверенности, необходимой, чтобы постоять за себя. И я имею в виду подлинную уверенность, не поддельную. Так что, если вы не испытаете ее, я выстрелю. Как думаете, что произойдет?

Джули. Ну, меня застрелят.

Терапевт. Да, именно так. Я бы заметил, что вы не чувствуете себя достаточно уверенно, и открыл бы огонь. Теперь предположим другой сценарий: я выстрелю, если только вы искренне не поверите, что у вас есть все необходимое, чтобы противостоять мне. И по какой-то причине я непременно узнаю, притворяетесь ли вы. Что теперь произойдет?

Джули. Думаю, в меня бы снова выстрелили.

Терапевт. Согласен. Так что здесь нет победителей. Попробуем последний сценарий. На этот раз я буду стрелять, если только вы не скажете “нет”. Никаких пространных объяснений или уверенных выражений лица. Просто произнесите слово “нет”. Смогли бы это сделать?

Джули. Конечно. Возможно, я бы плакала, но сказала бы “нет”.

Терапевт. Смысл этого небольшого упражнения в том, что гораздо легче изменить наше реальное поведение, чем то, как мы думаем и чувствуем. И если мы хотим что-то изменить, часто лучше всего начать с анализа поведения. Взять за отправную точку наши настоящие действия. Посмотрим, что вы на самом деле делаете, когда испытываете трудности. До сих пор вы упоминали, что склонны избегать трудных разговоров и не можете защитить свои интересы.

Джули. Именно так.

Терапевт. Эти действия сводятся к тому, чтобы вообще ничего не делать, не высказываться и не вести трудный разговор. Что вы на самом деле делаете во время неприятностей с кем-то?

Джули. Просто стараюсь угодить. Мой муж называет меня угодницей. Думаю, что это на самом деле раздражает его, хотя он запросто может сказать мне не ездить на эту конференцию. Я знаю, что после моих слов “Я поеду”, он отступит, но мне просто тяжело это сказать, особенно когда нервничаю. Вот настоящая причина, по которой я здесь. Нужно изменить свое поведение.

В этом сегменте мы узнали еще несколько важных вещей о ситуации Джули. Клиентка часто ведет себя пассивно, избегая конфликтов и трудных разговоров. Вместо этого она угоджает людям, особенно когда боится неодобрения с их стороны. Если добавить новый элемент в сетевую модель Джули вместе со связями с другими факторами и выделить связанные с поведением элементы, получится рис. 5.4.

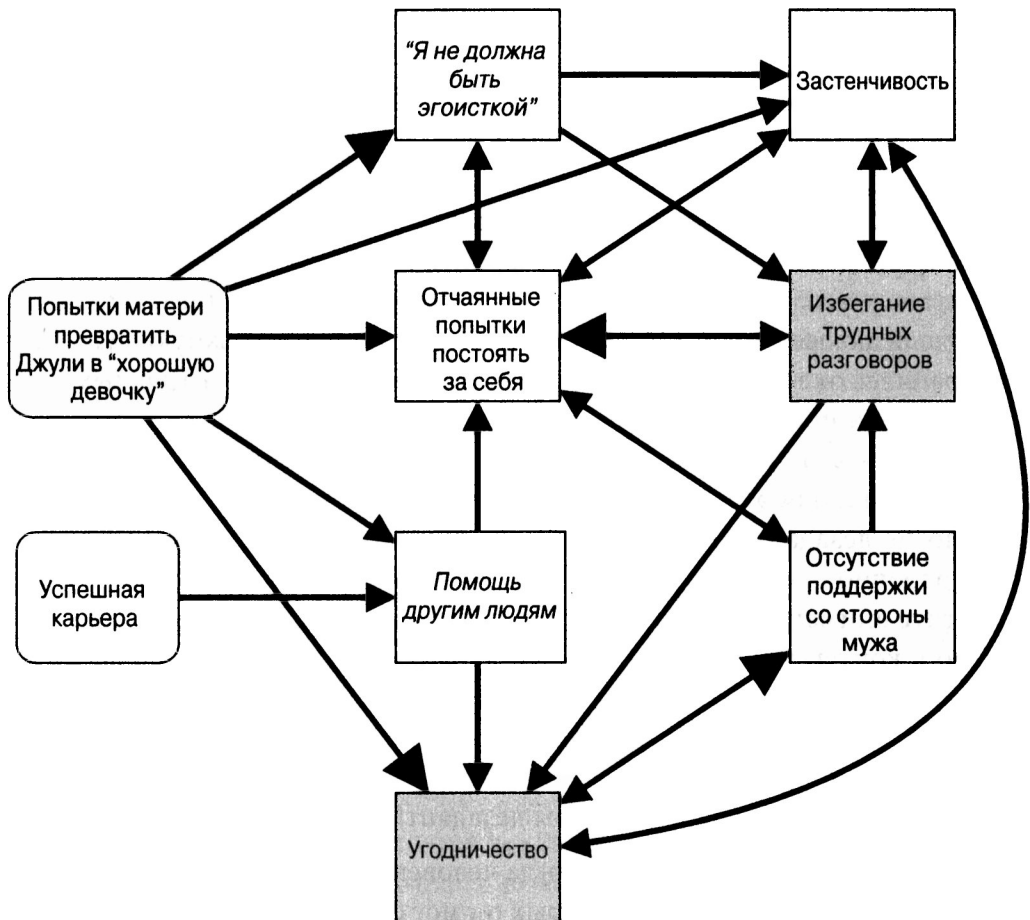


Рис. 5.4. Измерение поведения

Естественно, неготовность Джули отстаивать свои потребности и желания, равно как и отказ от трудных разговоров, создает большие неприятности для отношений. Кроме того, склонность клиентки угождать людям — результат множества факторов, включая воспитание, стремление помогать другим и уклонение от трудных разговоров (следовательно, все эти связи изображены простыми стрелками, хотя с большой долей вероятности влияние матери было доминирующим фактором). Кроме того, когда муж не одобряет намерения Джули, она еще больше старается угождать окружающим, хотя эта ее черта на самом деле отталкивает ее мужа. Другими словами, узлы “Отсутствие поддержки со стороны мужа” и “Угодничество” имеют взаимное влияние и усиливают друг друга (следовательно, связь показана двусторонней стрелкой). Нечто подобное происходит, когда Джули стесняется. Это чувство толкает ее угождать, что, в свою очередь, подпитывает чувства, связанные со страхом (т.е. в безопасной ситуации Джули не пришлось бы никому угождать, таким образом, она “оправдывает” свое чувство застенчивости). В результате эта взаимосвязь тоже изображена в виде двусторонней стрелки.

Поведение клиента часто играет центральную роль, что как раз демонстрирует случай Джули. На ее проблемы влияет нежелание отстаивать свои потребности и вступать в конфронтацию. Одновременно женщина прибегает к угодничеству. Тем не менее такое поведение (дезадаптивное и продолжающее долгосрочные страдания) выполняет важную функцию. Отстраняясь от трудных разговоров, Джули отстраняется от трудных мыслей, чувств и прочих внутренних переживаний. Другими словами, ее пассивность — это механизм преодоления, помогающий избежать чувства дискомфорта, и поэтому поведение повторяется.

Многие дезадаптивные формы поведения приносят удовлетворение в краткосрочной перспективе, но в долгосрочной создают неприятности. Обратите внимание, что все факторы будут проанализированы более тщательно в контексте функционального анализа, связанного с дополнительными данными. На этом же этапе отметим, что поведение, которое способствует долгосрочным страданиям, часто кажется позитивным на некоторое время.

Рассмотрим следующие примеры дезадаптивного поведения.

Избегание — вид поведения, когда человек предпринимает что-то с целью избежать ситуаций, в которых он мог бы соприкоснуться с нежелательными мыслями, чувствами и прочими внутренними переживаниями.

ми. Часто избегающее поведение дает результаты в краткосрочной перспективе (поскольку устраняет нежелательный опыт), но долгосрочные последствия сказываются на целях человека и его общем благополучии.

Импульсивность побуждает человека руководствоваться сиюминутными побуждениями. Такое поведение часто доставляет удовольствие в краткосрочной перспективе, но в то же время является безрассудным и наносит вред масштабным долгосрочным целям и задачам.

Прокрастинация — форма поведения, когда человек откладывает выполнение своих целей и решение задач, чтобы избежать дискомфортных внутренних переживаний, например стресса, тревоги, напряжения и скуки. Прокрастинация часто отнимает много времени и энергии, отдаляя момент желаемых результатов.

Разумеется, существует еще много примеров дезадаптивных форм поведения, и охватить их все означало бы свести на нет цель этой книги. Но все они устраняют непосредственный дискомфорт в краткосрочной перспективе, сохраняя его в долгосрочной, и тем самым укрепляют дезадаптивное поведение и замыкают цикл. Однако для клиентов выбор дезадаптивного поведения не является иррациональным. Они просто не получают настоящей выгоды.

Как и в случае с прочими дезадаптивными факторами, недостаточно просто указать на дезадаптивные формы поведения. Терапевту необходимо раскрыть функцию конкретного поведения и предложить жизнеспособные альтернативные стратегии, которые допускают более широкое, гибкое поведение и, следовательно, большую вариативность. Способов сделать это слишком много, чтобы их все упоминать, поэтому рассмотрим только некоторые примеры адаптивных форм поведения.

Обязательство — форма поведения, когда человек дает обещание самому себе или другим относительно определенных действий для достижения желаемого результата. Часто это обещание сопровождается конкретным планом мер, а также указаниями, когда, где и как действовать, чтобы повысить вероятность успеха.

Поведенческая активация побуждает человека действовать без четкой мотивации внутренними побуждениями, такими как мысли, чувства и другие импульсы. Это терапевтическое вмешательство часто применяется при лечении депрессии.

Решение проблем требует от человека участия в активном процессе поиска решения возникающей сложной проблемы. Обычно у человека есть представление о желаемом результате, над достижением которого он работает.

Как и в случае с примерами дезадаптивного поведения, существует куда больше адаптивных форм. Однако на этом этапе терапии важно:

- идентифицировать поведенческие компоненты;
- раскрыть, как эти компоненты вписываются в общую картину клиента.

В исследовании проблем вариативности, отбора и сохранения на сеансах с клиентом терапевту могут пригодиться следующие вопросы.

Наводящие вопросы. Поведение

Исследуйте проблемы вариативности. Какие формы открытого поведения проявляются у клиента в трудный для него момент? Что могло бы быть полезным в этой ситуации? Присутствует ли ощущение ригидности? Проявляется ли в поведении и привычках здоровая вариативность?

Исследуйте проблемы отбора. Каковы функции проблемных форм открытого поведения в сети клиента? Какие функции могли бы быть у адаптивных форм открытого поведения?

Исследуйте проблемы сохранения. Как доминирующие поведенческие паттерны поддерживают проблемы в сетевой модели клиента? Как они облегчают борьбу клиента? Почему не сохраняются адаптивные формы поведения? Какие другие функции сети препятствуют сохранению результатов?

Действие 5.3. Поведение

Попытайтесь применить вышеперечисленные вопросы к измерению открытого поведения в вашей проблемной области, выбранной в начале нашей работы. Ответьте на вопросы.

Пример

Проблемы вариативности. *Нервничая в социальных ситуациях, я либо перестраховываюсь и пытаюсь быть самым веселым и интересным человеком в компании, либо отступаю, извиняюсь и ухожу домой. Всегда одно из двух.*

Проблемы отбора. Сверхкомпенсация помогает мне нравиться другим и строить близкие отношения. С другой стороны, я отступаю, чтобы не пострадать. Я отвергаю себя прежде, чем меня могут отвергнуть другие.

Проблемы сохранения. Сверхкомпенсация вызывает положительную реакцию со стороны окружающих, поэтому я убеждаюсь, что мои действия дают результаты. Однако причиной отрицательной реакции я считаю недостаток усилий со своей стороны. В любом случае поведение укрепляется. Всякий раз при отступлении нервозность и страх исчезают; таким образом, поведение снова укрепляется.

Функциональный анализ Джули

Во многих отношениях мы уже провели функциональный анализ случая Джули в этой главе. Насущная проблема клиентки и более широкая картина, о которой она беспокоится, — это уступки необоснованным требованиям и избегание трудных разговоров, если это означает самозащиту. Данный паттерн произрастает из истории отношений с членами ее семьи и включает довольно строгое воспитание, связанное с необходимостью быть “хорошей девочкой”, которая избегает “эгоистичности”.

С учетом этого фактора действия, направленные на собственные интересы клиентки, не только легко приводят к мыслям об эгоизме, но и заставляют Джули беспокоиться о том, что из-за этого ее перестанут любить и заботиться о ней. Избегая трудных разговоров о своих потребностях, даже ценой самоуважения или способности играть роль высококомпетентного профессионала, которым Джули на самом деле является, женщина чувствует себя “в безопасности” и, что особенно важно, любимой. Эти мысли не просто “в ее голове”, это реальность Джули, которая проявляется в социально непредвиденных обстоятельствах. Это социально поддерживаемый и гендерно предвзятый нарратив, который начался с ее матери и продолжается с ее мужем. Но изменение непредвиденных обстоятельств также требует изменения поведения со стороны Джули.

Основная мотивация женщины — помогать людям, что она делает в профессиональной и личной жизни. В конкретном случае, который побудил ее обратиться к психотерапевту, муж блокирует желание Джули (посетить профессиональную конференцию). Проблема в том, что шаги в направлении помощи другим вызывают мысли о самоутверждении за чужой

счет, и вот мы снова возвращаемся к угодничеству и избеганию трудных разговоров, и круг замыкается.

В последнем сегменте терапевт сосредоточился на открытом поведении, подчеркнув идею о том, что его изменить легче, чем привычные мысли или чувства. Однако изменения в поведении не будут устойчивыми, если они не связаны с более глубокой мотивацией, которая направляет работу над основополагающими проблемами собственного нарратива.

Один из способов изменить набор функциональных связей — внести изменения в соответствующие измерения ЕЕММ с целью отбора и сохранения адаптивных альтернатив. Одним из многообещающих подходов могут стать “трудные беседы” с мужем Джули во время терапии, особенно если клиентка связывает свою мотивацию к профессиональному и личностному росту с реальным желанием помогать людям. Постоять за себя необходимо для того, чтобы она “была самой собой” и реализовывалась. Мы не знаем, поможет ли Джули искренний, открытый, затрагивающий ценности разговор с мужем сдвинуть с мертвой точки их отношения или ее нарратив, но пришло время выяснить это.

Действие 5.4. Заполните свою схему ЕЕММ: измерения селф, мотивации и поведения

Вернемся снова к проблеме, которую вы выявили в собственной жизни. Нарисуйте фрагменты ЕЕММ на основе действий 5.1–5.3 и заполните соответствующие измерения так, как они относятся к вашей проблеме. Как и в главе 4, ваша проблема может быть недостаточно хорошо представлена во всех измерениях или во всех столбцах, поэтому мы не будем заполнять столбцы сохранения и контекста. Хотя мы фокусируемся здесь на дезадаптивных областях, вы можете по желанию добавить адаптивные аспекты.

	Дезадаптивный	
	Вариативность	Отбор
Селф		
Мотивация		
Поведение		

Пример

	Деадаптивный	
	Вариативность	Отбор
Селф	Я думаю о себе как о полном неудачнике. Я плох во всем. Эти мысли кажутся очень убедительными	Значит, отвергая себя, я защищаюсь от боли, причиняемой другими
Мотивация	Я всегда забочусь о том, чтобы не поставить себя в неловкое положение или не сказать какую-нибудь глупость. Я хочу нравиться окружающим. Также хочу быть искренним и настоящим, но это не легко в момент проявления страха	Я не хочу, чтобы меня отвергли или высмеяли. Но я хочу налаживать крепкие связи, и тут возникают трудности
Поведение	Сверхкомпенсация вынуждает меня стараться быть самым интересным человеком в компании либо с извинениями отступить и уйти домой	Это происходит, потому что я пытаюсь больше нравиться людям и строить близкие отношения. С другой стороны, я отступаю, чтобы больше не пострадать

ГЛАВА 6

Биофизиологический и социокультурный уровни

Майкл — “завязавший” алкоголик и страдает от когнитивных нарушений. Он с трудом сохраняет концентрацию внимания, легко отвлекается и в последнее время стал довольно забывчивым. Теперь он беспокоится, что годы пьянства не прошли бесследно.

Ранее мы исследовали шесть измерений расширенной эволюционной метамоделі (когниция, аффект, внимание, селф, мотивация и открытое поведение).

В этой главе расширим наше понимание ЕЕММ, добавив биофизиологический и социокультурный уровни. Эти два уровня задают контекст для шести измерений и глубоко влияют на состояние клиента и общее самочувствие — к лучшему или худшему.

Между прочим, мы используем относительно необычный термин *биофизиология* для описания надорганизменного уровня анализа. Мы делаем это потому, что понятие “физиологический” слишком узко (обычно эволюционная история генетики не рассматривается как часть “физиологии”), а понятие “биологический” слишком расплывчато и всеобъемлюще. Часто оно применяется ко всему организму (многие специалисты с легкостью свели бы всю психологию к “биологическому” уровню). Термин “биофизиология” редко используется в техническом смысле, но ранее он применялся как общее обозначение. Во многом так мы и используем его здесь, чтобы охватить уровень анализа, который включает временные масштабы (от миллисекунд до эпох).

В следующем разделе мы увидим, как история алкогольной зависимости Майкла продолжает влиять на него, и узнаем о роли, которую играют биофизиологически значимые действия и социокультурный опыт клиента. Начнем с беседы между терапевтом и Майклом и соответствующим образом организуем собранную информацию в сетевую модель.

“Утренний туман” Майкла

Терапевт. Что привело вас сюда сегодня?

Майкл. Честно говоря, это не моя идея. Врач порекомендовал навестить вас, полагая, что сможете помочь.

Терапевт. Почему бы вам для начала не рассказать мне, что я могу для вас сделать?

Майкл. Да, конечно. В последнее время мои дни начинаются с так называемого “утреннего тумана”, помутнения рассудка. Я не могу сосредоточиться, как раньше, отвлекаюсь и просто отключаюсь. Очень неприятно. Боюсь, что не справлюсь с работой.

Терапевт. И каким видом деятельности вы занимаетесь?

Майкл. Управляю компанией по поставке бумаги. Дело успешно развивается. У фирмы большой штат сотрудников, и часть моей работы заключается в том, чтобы управлять ресурсами и обеспечивать эффективность работы.

Терапевт. Итак, очевидно, что вам нужно уметь полностью концентрироваться.

Майкл. Да, именно так. Но я чувствую, что не справляюсь. Боюсь, это повредит моему бизнесу.

Терапевт. Заметив, что не можете сосредоточиться, как раньше, вы начали беспокоиться о своей работе.

Майкл. Да. Я построил эту компанию с нуля, она весьма успешна. Но если я не могу сосредоточиться, то не могу управлять. Как я уже сказал, это очень неприятная ситуация, поэтому я еще больше переживаю и расстраиваюсь из-за этого (*смеется*).

В самом начале разговора мы уже узнали важные подробности ситуации Майкла. Иногда Майкл погружается в “утренний туман”, теряя способность концентрировать внимание. Кроме того, Майкл — весьма успешный предприниматель, управляющий собственной компанией по поставкам бумаги. “Утренний туман” является проблемой, так что у Майкла все основания беспокоиться о своей работе. Чувство разочарования еще больше подпитывает склонность клиента к беспокойству, что, в свою очередь, усиливает чувство разочарования. Помещая эти элементы (а также лежащие в их основе взаимосвязи) в сеть, строим рис. 6.1.

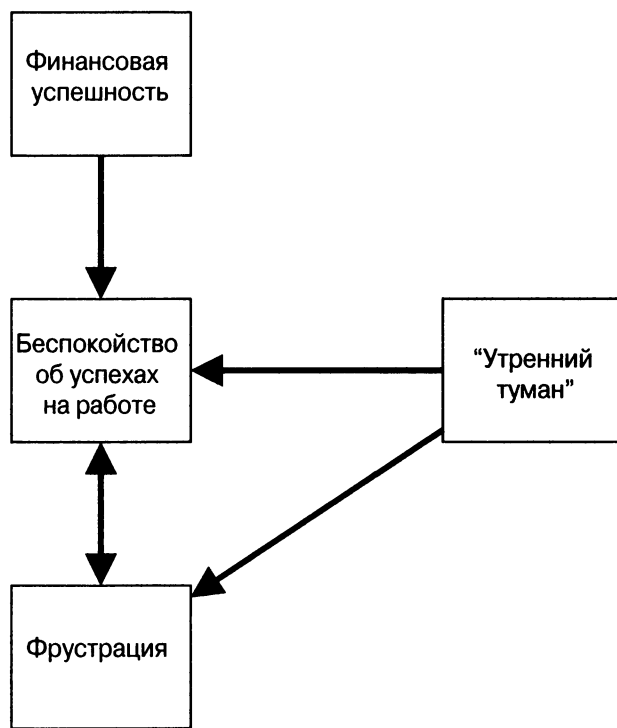


Рис. 6.1. Изначальная сетевая модель Майкла

Терапевт. Вы упомянули, что очень беспокоитесь о своей работе. Что именно вы делаете, когда появляется это чувство?

Майкл. Не думаю, что с этим можно что-то сделать. Надо самому как-то справиться. На самом деле я здесь не для того, чтобы говорить о своем беспокойстве; я здесь потому, что больше не могу работать так, как раньше.

Терапевт. Хорошо, тогда поговорим о работе и “утреннем тумане”. Как думаете, что может быть причиной этого явления?

Майкл. На самом деле у меня есть теория, но она меня пугает. Пару лет назад я был довольно заядлым алкоголиком, употреблял крепкие напитки почти каждый день. Наверное, это имеет отношение к нынешней проблеме.

Терапевт. И как долго вы уже не пьете?

Майкл. Около пяти лет. Я начал посещать собрания анонимных алкоголиков, на которых присутствую каждую неделю до сих пор. Мне это очень помогло. Но теперь я боюсь, что мог причинить себе

непоправимый вред. Может быть, ранняя стадия болезни Альцгеймера или что-то в этом роде.

Терапевт. Значит, вы думаете, что злоупотребление алкоголем в прошлом причастно к помутнению в голове?

Майкл. Да. Еще у меня в последнее время были проблемы со сном. Уверен, это тоже отнимает силы.

Терапевт. Расскажите подробнее о проблемах со сном.

Майкл. Я никогда не спал много. Может, по шесть часов? Но в последнее время максимум пять. Даже уснуть трудно.

В разговоре с терапевтом Майкл раскрыл новые существенные детали, с помощью которых можем расширить его сетевую модель. Мы узнали, что утренние помутнения могут быть связаны со злоупотреблением алкоголем. Раньше клиент ежедневно употреблял крепкие спиртные напитки, но бросил пить пять лет назад. Тем не менее он по-прежнему посещает еженедельные собрания анонимных алкоголиков, поскольку чувствует, что они помогают ему. Также у Майкла трудности со сном. Он спит всего по пять часов в сутки, что только усугубляет его состояние. Поскольку качество сна напрямую связано со способностью человека сосредоточиться, велика вероятность влияния “Проблем со сном” на “Утренний туман”. Наконец, Майкл сообщил, что ему нужно самому справиться со своим беспокойством. Возможно, это чувство свидетельствует о неспособности Майкла обратиться за помощью и использовать внешнюю поддержку для заботы о себе. На данный момент это всего лишь предположение. Продолжим исследовать его по мере работы с Майклом. Добавив новые элементы (а также их взаимосвязи) в сетевую модель, получим рис. 6.2. Просим обратить внимание, что узел истории алкогольной зависимости имеет закругленные края, чтобы отличать его как модератора.

Факторы, которые мы только что распределили по узлам (и их связи), — суть ситуации Майкла. Пока что сеть не состоит из цикла, подкрепляющего сам себя и включающего более двух узлов. Беседа между терапевтом и Майклом продолжается. Мы исследуем биофизиологический и социокультурный уровни и раскрываем дополнительные элементы и взаимосвязи, чтобы глубже понять ситуацию клиента и определить слабые узлы, которые можно было бы разрушить с помощью вмешательств.

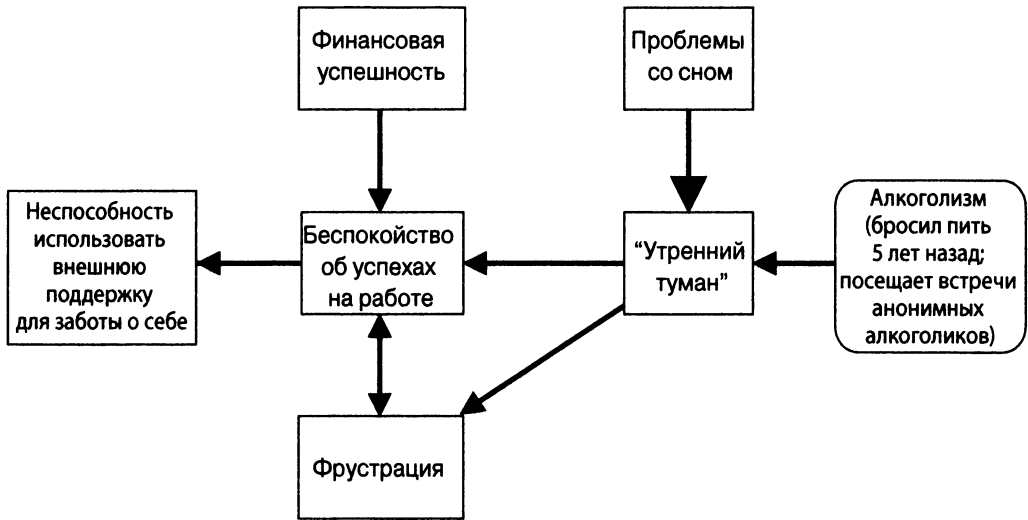


Рис. 6.2. Расширенная сетевая модель Майкла

Биофизиологический уровень

То, что мы называем “телом”, и то, что мы называем “умом”, — это два уровня одной и той же системы. Они глубоко взаимосвязаны, и нельзя лечить одно, не влияя на другое. Это отправная точка биофизиологического уровня ЕЕММ, где исследуется биология клиента, его отношение к своему телу и влияние физиологии на общее самочувствие. Естественно, генетические различия всегда играют большую роль в определении слабых и сильных сторон клиента. С помощью эпигенетических маркеров эти различия воздействуют на экспрессию генов. В некоторых областях родители, бабушки и дедушки влияют на человека своим поведенческим выбором и опытом, даже тем, что происходил до рождения клиента. В некотором роде предпочтения клиента в еде могут оказаться результатом привычек дедушки и бабушки выходить за рамки семейных традиций и культуры.

Биологические различия играют заметную роль в формировании жизни клиента. По мере того как роль эпигенетики и мозговых путей становится все более известной, этот уровень анализа играет все большую роль с практической точки зрения. Но в настоящее время, когда дело доходит до биофизиологических вмешательств, терапевты почти всегда сосредотачивают внимание на одних и тех же трех областях: питании, физических упражнениях и сне.

Все три области существенно влияют на биологическое благополучие человека. И если какая-либо из этих областей повреждается (не говоря уже обо всех), клиент почувствует эффект почти сразу. Кроме того, выбор образа жизни может сыграть значительную роль в формировании физического благополучия — во благо или во вред. Такие практики, как регулярная медитация и холодный душ, призваны улучшить самочувствие клиента, в то время как сидячий образ жизни или курение, как правило, ухудшают его. Короче говоря, существует множество факторов, которые терапевты должны принимать во внимание при исследовании биофизиологического уровня. Вот как терапевт подходит к особенностям биофизиологического уровня на сеансе с клиентом.

Терапевт. Всем известно, что отношение человека к своему телу формирует наши мысли о себе и самочувствие.

Майкл. Правда? И что?

Терапевт. Если не возражаете, я хотел бы немного рассказать о вашем отношении к собственному телу. Думаю, это даст нам ценные сведения о ваших помутнениях и трудностях с концентрацией. Согласны?

Майкл. Да, конечно. Как видите, у меня есть небольшой лишний вес. Я набрал его, когда пил, и так и не смог избавиться от него.

Терапевт. Думаю, это играет определенную роль в вашей ситуации. Вы знаете, когда дело касается заботы о теле, всегда нужно обращать внимание на одни и те же моменты: сон, питание и физические упражнения. Ситуация с вашим сном уже известна, поэтому пропустим это. Что вы можете рассказать о своем питании? Что вы обычно едите?

Майкл. По-разному. Конечно, в моем рационе не хватает зелени. У меня много чего на уме, но здоровое питание в мои планы не входит. Часто заказываю еду, особенно когда нервничаю из-за работы.

Терапевт. И что вы заказываете?

Майкл. Люблю южную кухню и ем много мяса. У нас это семейное. Но даже когда я ем другие виды пищи, жирное и мясное просто притягивает меня. Есть одно итальянское заведение, которое мне очень нравится. Там подают пиццу с пеперони. Еще есть отличное китайское заведение, где готовят жареную утку.

Терапевт. Понятно. И какие напитки вы заказываете к этим блюдам?

Майкл. В основном кока-колу. Сойдет любой вид содовой. Я всерьез увлекся газировкой, когда прекратил употреблять крепкое спиртное. Думаю, это помогло мне пережить тот период. Говорят, алкоголь похож на сахар, и у меня возникает своего рода тяга к сахару, которую я утоляю газировкой. Все началось с момента, когда я бросил пить.

Терапевт. Как насчет физических упражнений? Вы занимаетесь спортом?

Майкл. Нет, не очень. Когда я был моложе, то занимался спортом, но потом из-за работы и всего остального мне не хватало на него времени. А сейчас еще и лишний вес мешает двигаться. Знаю, нужно просто с чего-то начать.

Терапевт. Как думаете, что должно произойти, чтобы вы начали?

Майкл. На самом деле ничего. Я просто должен начать это делать. Мне не нравятся всякие программы для похудения. Я считаю, что человек должен быть в состоянии обойтись собственными силами. В моей семье было такое правило: просто делать. Мне просто нужно начать.

Терапевт. Итак, вы не очень хорошо спите, едите много еды из ресторанов и не занимаетесь спортом. Вполне возможно, что все это повлияло на вас сильнее, чем вы могли бы подумать. Когда вы в последний раз проходили медицинский осмотр? Есть ли какие-нибудь физические жалобы?

Майкл. Да... не так давно. Мой врач рекомендовал обратиться к вам. У меня гипертония, и я уже упоминал лишний вес. Мой отец — диабетик, и врач беспокоится, что я двигаюсь в том же направлении.

Благодаря последнему фрагменту беседы появились новые кусочки головоломки, которые теперь добавим к сетевой модели Майкла, чтобы продолжить воссоздавать его историю. Во-первых, Майкл страдает избыточным весом в течение последних нескольких лет, и это может быть связано с плохим питанием и отсутствием физических нагрузок. Кроме того, не стоит забывать о злоупотреблении алкоголем, от которого он до сих пор полностью не оправился. Предпочтение южной кухни и привычка питаться едой из ресторанов (особенно в момент стресса) приносит

в жизнь Майкла много жирного мяса и сладких газированных напитков. Плохой сон также может повлиять на привычки в еде, а неправильное питание способствует проблемам со сном (на рис. 6.3 соответствующая связь изображена в виде двусторонней стрелки).

Майкл не верит, что групповые программы помогут ему сбросить вес или больше заниматься спортом, и вместо этого убежден, что “нужно уметь делать это самостоятельно”. Это еще один показатель того, что он не пользуется внешней поддержкой, чтобы позаботиться о себе (иронично, учитывая его положительный опыт с собраниями анонимных алкоголиков, которые он посещает по сей день). Тем не менее убеждение клиента в необходимости самостоятельности привело его успешному предпринимательству, и его успех наверняка еще больше укрепил его в действенности подхода “сделай сам”.

“Утренний туман” в голове Майкла также связан с отсутствием занятий спортом. Ситуация может быть и обратной: затуманенность рассудка мешает клиенту заниматься физическими упражнениями (вот почему эта связь изображена двусторонней стрелкой). То же самое верно и для веса. Лишние килограммы мешают Майклу приступить к тренировкам. Примечательно, что отсутствие физических упражнений напрямую влияет на проблемы со сном. Наконец, Майкл сообщил о своей гипертонии, которая может быть прямым результатом массы его тела, привычек в еде, слабой физической активности и злоупотребления алкоголем.

Можем теперь добавить новые элементы (а также их взаимосвязи) в сетевую модель Майкла. Если выделить те узлы, которые принадлежат к биофизиологическому уровню, получится рис. 6.3.

Как видно, сетевая модель Майкла стала намного сложнее и подробнее, что дает нам новое представление о его состоянии и о факторах, влияющих на его проблемы. Становится очевидным, что клиент пренебрегает своим физическим здоровьем и не уделяет должного внимания уходу за собой. В результате он испытывает трудности со сном, набирает избыточный вес и страдает гипертонией, что в конечном итоге способствует затуманиванию рассудка.

Теперь, когда сетевая модель стала сложнее, можем выделить несколько сетевых петель, подкрепляющих себя. В центральном цикле “утренний туман” Майкла усиливает его беспокойство по поводу работы, что, в свою очередь, усиливает процессы, которые заставляют его пренебрегать заботой о себе. Тем самым усугубляются проблемы со сном и, как следствие, затуманенность рассудка. Кроме того, существует цикл между “Отсутствием

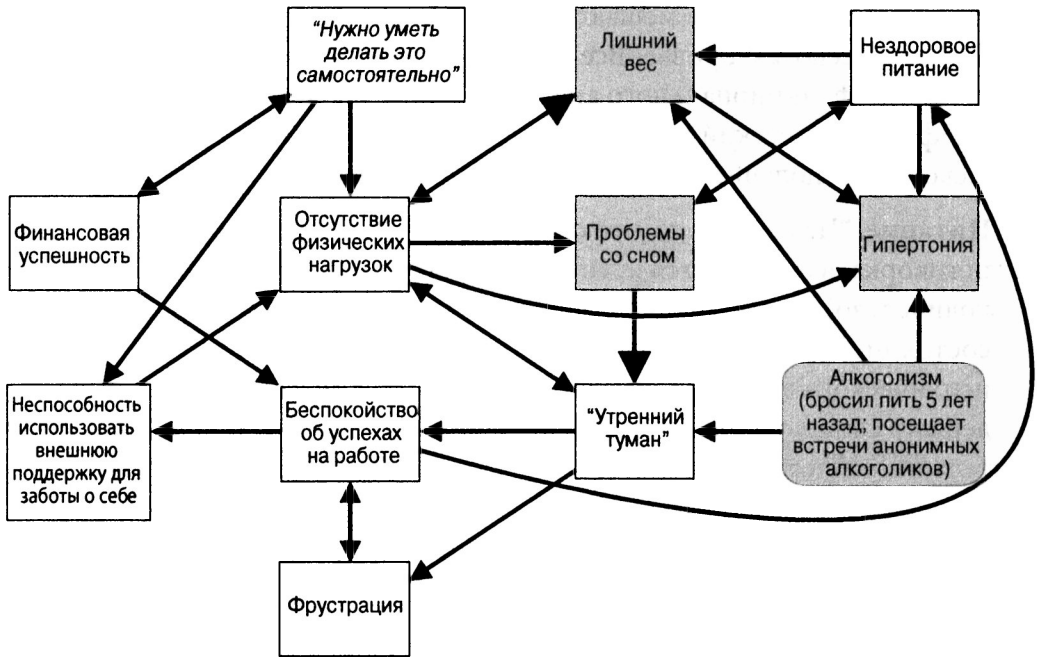


Рис. 6.3. Биофизиологический уровень

физических нагрузок” и “Лишним весом”, поскольку эти два элемента поддерживают друг друга. Есть также аналогичные связи между другими парами факторов, такими как “Отсутствие физических нагрузок” и “Утренний туман”, “Проблемы со сном” и “Нездоровое питание”, а также “Финансовая успешность” и установка “Нужно уметь делать это самостоятельно”.

Другая, более сложная самоподдерживающаяся подсеть, связанная с затуманенностью рассудка, мешает занятию спортом, тем самым усугубляя проблемы со сном, что снова-таки сказывается на ясности ума. Наконец, существует подсеть вокруг слабой физической активности Майкла. Таким образом, усугубляются проблемы со сном, что приводит к нездоровому питанию и поддерживает лишний вес клиента, а значит, отношения со спортом по-прежнему остаются сложными.

Сетевая модель Майкла еще не завершена, и мы расширим ее в последующих разделах главы, когда будем исследовать роль социокультурного уровня. Сейчас отметим, что влияние биофизиологического уровня на самочувствие глубоко. Помутнение рассудка клиента (и прочие связанные с этим проблемы) напрямую поддерживают и усугубляют факторы, касающиеся состояния физического здоровья. В итоге Майклу следовало бы позаботиться о своем теле, чтобы сохранять ясность ума и способность концентрироваться. Кроме того, далее терапевт мог бы заняться факторами и

препятствиями, которые мешают Майклу начать тщательнее заботиться о своем физическом здоровье. Все элементы будут глубже проанализированы в рамках функционального анализа в конце главы.

Биофизиологический уровень клиента играет ключевую роль в его психическом благополучии. В частности, нас занимают следующие три области.

Питание. “Человек — то, что он ест” — это не просто распространенная поговорка, в ней кроется истина. Качество потребляемой пищи (а также количество) решительно сказывается не только на весе, но и на общем состоянии здоровья и, следовательно, на всех процессах, касающихся психического здоровья. Рацион среднестатистического американца содержит слишком много сахара и соли и слишком мало полезных питательных веществ.

Физические упражнения. Польза регулярных занятий спортом для нашего физического и психического благополучия давно доказана. Те, кто лишает свое тело регулярных тренировок, должны приготовиться к неприятным последствиям, поскольку с возрастом тело отяжелеет и теряет гибкость. И даже в краткосрочной перспективе уровень физической активности человека оказывает значительное влияние на его физическое и психическое благополучие.

Сон. Сон необходим для нормального функционирования. Количество сна, нужное каждому из нас, разнится, но нет никаких сомнений в его роли для нашего физического и психического здоровья. Качество (а также достаточное количество) сна является крайне важным фактором, способным улучшить или ухудшить состояние клиента.

Естественно, на биофизиологическом уровне есть еще много актуальных областей для изучения, например различные ежедневные занятия клиента (сидячий образ жизни, курение, медитация). Целью этой книги не является подробное описание способов, с помощью которых клиенты способствуют или вредят своему физическому благополучию. Вместо этого мы хотим указать на роль биофизиологического уровня в инициировании, поддержании и обострении состояния клиента.

Недостаточно просто указать на то, каким образом клиенты наносят вред своему здоровью, точно так же, как недостаточно просто заметить, что курение вызывает рак, чтобы убедить курильщика бросить.

Вместо этого терапевту нужно определить функцию конкретного поведения (или его отсутствия) и помочь разработать эффективные альтерна-

тивные стратегии, которые позволяют клиенту развивать гибкость в соответствии с целями клиента на биофизиологическом уровне.

На этом этапе терапии важно:

- идентифицировать компоненты клиента, связанные с биофизиологическим уровнем;
- раскрыть, как эти компоненты вписываются в общую картину.

Ниже примеры наводящих вопросов, которыми терапевт мог бы воспользоваться для исследования проблем биофизиологического уровня его клиентов.

Наводящие вопросы. Биофизиологический уровень

Исследуйте проблемы вариативности. Проявление каких биофизиологически значимых моделей поведения можно заметить у клиента в трудный момент? Какие модели могли бы оказать благотворное влияние? Присутствует ли ощущение ригидности или сопротивление здоровым изменениям на этом уровне (например, отказ переходить на здоровое питание или заниматься спортом)?

Исследуйте проблемы отбора. Каковы функции проблемного поведения на биофизиологическом уровне в сети клиента? Например, разве физические упражнения не позволяют избежать чувства стыда за свое тело? Являются ли вредные пищевые привычки частью культуры? Если или когда проявятся адаптивные формы поведения на биофизиологическом уровне, какие функции у них будут?

Исследуйте проблемы сохранения. Как эти доминирующие биофизиологически значимые паттерны поддерживают или разрешают проблемы клиента в сетевой модели? Почему адаптивные биофизиологические альтернативы не закрепляются? Какие другие функции сети препятствуют сохранению результатов?

Чтобы изучить ключевые вопросы, вам также необходимо много знать об основных формах биофизиологически значимого поведения. Это включает следующее.

- Исследование адаптивных и дезадаптивных наклонностей в области питания
 - Что полезного и неполезного вы едите за день?
 - Как часто и когда вы переедаете или ограничиваете себя в еде?
 - Что и сколько вы пьете?

- Изучение адаптивных и дезадаптивных наклонностей в области физической активности
 - Вы занимаетесь спортом? Как часто?
 - Какие именно упражнения предпочитаете?
 - Насколько интенсивно занимаетесь?
 - Как долго занимаетесь (не занимаетесь) спортом?
- Исследование адаптивных и дезадаптивных наклонностей в области сна
 - Оцените качество своего сна.
 - Вы легко вы засыпаете?
 - В котором часу ложитесь спать?
 - Чувствуете себя отдохнувшим после сна?
- Исследование адаптивных и дезадаптивных наклонностей в прочих областях
 - Вы принимаете наркотики? Если да, то как часто и сколько?
 - Сколько часов в день проводите в сидячем положении?
 - Вы медитируете? Если да, то как часто и сколько?
 - Сколько времени проводите на свежем воздухе?
 - Как вы расслабляетесь?

Действие 6.1. Биофизиологический уровень

Вернемся к проблемной области, которую вы определили в собственной жизни. Обратитесь к вопросам выше и ответьте на каждый из них. Имеют ли отношение ответы к вашей проблеме? Если да, напишите о том, как эти области ограничивают здоровую вариативность или способствуют ей, отбору и сохранению результатов.

Пример

Проблемы вариативности. *Когда мне страшно, я чувствую дискомфорт в животе. Я словно сжимаюсь. Сердце бьется быстрее, я потею и начинаю нервничать.*

Проблемы отбора. *Я предполагаю, что таким способом мой организм готовится к опасности. Мое тело хочет защитить меня, но на самом деле это усложняет для меня ситуацию.*

Проблемы сохранения. Когда страх становится слишком сильным, я просто ухожу. Зачастую я позволяю страху управлять мной, и поэтому страх и биофизиологические симптомы остаются (или даже усиливаются). В трудный момент я слишком взволнован, чтобы успокоиться и расслабиться.

Социокультурный уровень

Семья и культура оставляют глубокий отпечаток на нашем восприятии себя и отношении к себе, а также на проблемах, с которыми сталкиваемся в жизни. И даже когда мы отделяемся от семьи и культуры, наша социальная сеть (например, друзья, соседи, коллеги) и новая культура, в которой мы решили жить, продолжают влиять на наше психическое благополучие. Именно по этой причине любой разговор о психическом здоровье не будет полным, пока мы не поговорим о социокультурном уровне.

В этой части ЕЕММ мы рассматриваем социальный контекст клиента и то, как клиент придает смысл свои трудностям и своему пути к улучшению через социальные и культурные убеждения. Естественно, в разных культурах по-разному трактуют трудные мысли, эмоции и другие внутренние переживания, особенно когда они касаются темы сексуальности, морали, этнической идентичности и социального статуса. В результате клиент может стать более сострадательным или наоборот осуждающим и бесчувственным.

В дополнение к культурным убеждениям клиента (и его социальном окружении) необходимо исследовать уровень социальной поддержки, которую получает клиент. Даже в рамках определенной культуры уровень социальной поддержки у разных людей сильно различается, а это еще один важнейший фактор, формирующий способность человека справляться с трудными переживаниями.

В следующей части беседы терапевт исследует социокультурный контекст, который сделал Майкла тем, кто он есть, и как его идентичность афроамериканца повлияла на его благополучие.

Терапевт. Мы немного поговорили о том, как физическая форма влияет на ваше самочувствие, но есть и другие существенные факторы, например мысли и убеждения. И если вы готовы, я хотел бы в оставшееся время уделить им внимание.

Майкл. Я готов.

Терапевт. Вы упомянули, что групповые упражнения или программы для похудения вам не подходят. А для того, чтобы сбросить вес, вам “просто нужно начать”. Еще раньше вы говорили, что беспокойство является тем обстоятельством, с которым вы должны “справиться сами”. Складывается впечатление, будто вы привыкли самостоятельно решать свои проблемы.

Майкл. Именно так. Это ведь правда: никто другой не сделает это за меня.

Терапевт. Понимаю. И, похоже, эта философия принесла плоды, ведь вам удалось построить собственный бизнес. Вам всегда приходилось решать свои проблемы самостоятельно? Именно так решались проблемы в вашей семье?

Майкл. Да. У нас не было денег. Я и мои сестры выросли в бедной семье, и родителям приходилось браться за всякую работу, просто чтобы держаться на плаву. Они не самые образованные люди, но всегда стремились к лучшей жизни. Я думаю, их образ жизни произвел на меня неизгладимое впечатление.

Терапевт. Довольно часто люди перенимают менталитет своих родителей. История вашей жизни доказывает, что философия “сделай сам” эффективна в некоторых областях, например бизнесе. Но она также способна усложнить ситуацию, когда речь идет о заботе о себе, ведь кое-что дается легче, если человек получает социальную или профессиональную поддержку.

Майкл. Согласен, но мне все же кажется, что в этом нет большой необходимости. Все эти программы слишком сложные и совсем не дешевые. Мне не нужно ходить в группу бега, чтобы знать, как ходить. Я знаю, как пользоваться своими ногами.

Терапевт. Интересная мысль. Этому вы тоже научились у своей семьи?

Майкл. Наверное, да. У моей семьи было не так уж много возможностей. Во времена моего отца напыщенность или слишком большое самомнение лечились простой взбучкой. По крайней мере так он всегда говорил. Я имею в виду, я никогда не был свидетелем этого, но мой отец видел.

Терапевт. Могу я спросить, что ваша семья говорила о предрассудках?

Майкл. Мои родственники никогда не любили говорить на сложные темы. Они просто призывали меня к трудолюбию... и научили любить жирную пищу! (*Смеется.*) Со всей серьезностью они учили меня не высовываться и быть внимательным. По правде говоря, они не приветствовали новизну. Например, они не знают, что я гей. Не думаю, что они поняли бы это. Они многого не понимают в моей жизни, потому что все еще придерживаются старых убеждений. Все в порядке. В любом случае мне кажется, что люди из анонимных алкоголиков стали мне куда ближе.

Последний фрагмент беседы предоставил новые кусочки головоломки для дальнейшего развития сетевой модели Майкла. Например, личность Майкла как гея-афроамериканца сформировала его отношения с семьей, а также социальные ценности. Поскольку этническая и сексуальная идентичность, а также семейные и социальные ценности являются модераторами, мы поместили эти факторы в квадраты с закругленными краями. У Майкла есть два основных убеждения, которые могли бы объяснить и поддерживать его жесткий стиль поведения. Во-первых, он считает, что должен все делать сам. Это помогло Майклу стать финансово успешным предпринимателем, но помешало научиться извлекать выгоду из внешней поддержки для лучшей заботы о себе и найти группу для занятий спортом или похудеть. Во-вторых, Майкл твердо придерживается убеждения, что нельзя слишком много представлять о себе (вести себя так, будто он лучше других; не быть высокомерным). Хотя внешне это похоже на скромность, такое убеждение снова мешает клиенту получить поддержку, благодаря которой он мог бы начать заниматься спортом и сбросить вес. Эти два фактора связаны и подпитывают друг друга, поэтому связь между ними на рис. 6.4 изображена двусторонней стрелкой. Наконец, Майкл упомянул, что его семья приучила его к жирной пище, что с большой долей вероятности повлияло на закрепление нездорового питания. Добавив новые элементы в сетевую модель Майкла (и выделив узлы, относящиеся к социокультурному уровню), увидим рис. 6.4.

Как видим, сетевая модель Майкла достигла нового уровня сложности, и это дает нам лучшее представление о его состоянии и о факторах, которые поддерживают и разрешают его проблемы. Становится ясно, что у Майкла есть два основных убеждения, которые помогли ему в жизни (т.е. позволили стать успешным предпринимателем), но они же мешали ему искать и принимать помощь. С учетом положительного опыта на

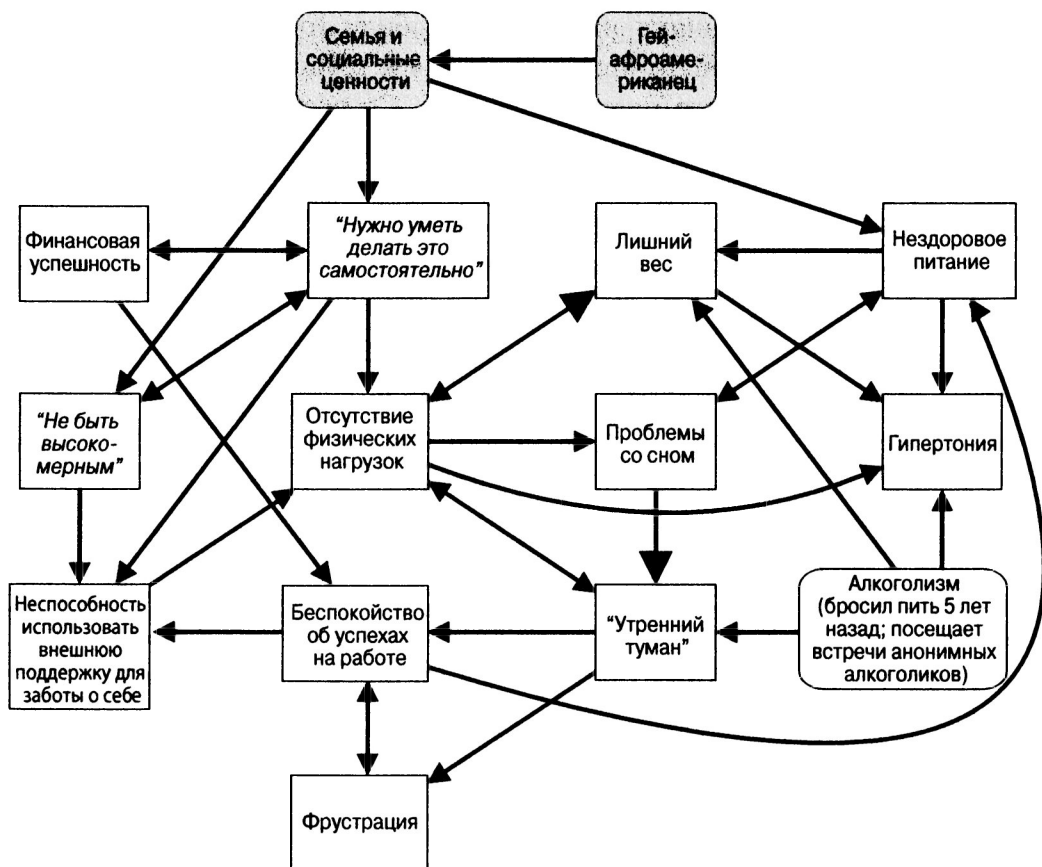


Рис. 6.4. Социокультурный уровень

собраниях анонимных алкоголиков, в которых клиент по-прежнему черпает поддержку, ситуация кажется противоречивой. Возможно, Майклу еще предстоит понять, как система ценностей его семьи теперь представляет для него проблему. Возможно, ему придется поменять устаревшие взгляды на гибкие и адаптивные концепции, чтобы достигать своих целей. Вопреки отсутствию новых самоподдерживающихся петель анализ социокультурного уровня придает особый смысл поведению Майкла. Более того, разрушив его убеждения “Не быть высокомерным” и “Нужно уметь это делать самостоятельно”, мы бы нарушили соседние процессы, и благодаря внешней поддержке Майкл смог бы лучше заботиться о себе.

О том, когда, где и как лучше всего разрушить сеть Майкла, поговорим в следующем разделе, когда проведем функциональный анализ этого случая. На данном этапе отметим влияние социокультурного уровня на психическое благополучие и общую сеть. Воспитание и культурные установки

оказывают прямое влияние на неспособность искать и принимать поддержку с целью лучшей заботы о себе, что, в свою очередь, поддерживает факторы, способствующие затуманиваю рассудка. В результате Майклу разумно посоветовать бросить вызов некоторым из его семейных и культурных ценностей, чтобы научиться обращаться за поддержкой и лучше заботиться о своем здоровье и, таким образом, повысить свои шансы достичь общего благополучия.

Социокультурный уровень обеспечивает контекст для шести измерений ЕЕММ и придает смысл ситуации клиента. Здесь мы часто возвращаемся к трем областям.

Культурные убеждения. Культурные убеждения подобны воздуху. Они не видны, но всегда присутствуют. Убеждения клиента о себе и своем окружении в корне формируют его состояние, особенно когда дело касается сексуальности, морали, этнической идентичности и социального статуса.

Социальная поддержка. Степень, в которой человек чувствует социальную поддержку, в корне определяет его способность справляться с трудными переживаниями. Человек с широким социальным кругом, состоящим из заботливых друзей и любящих близких, быстрее оправится от невзгод, чем человек со слабой социальной поддержкой.

Стигматизация. Предрассудки и стигматизация сильно влияют на психическое благополучие. Особенно если человек является частью лишенной определенных прав группы (или нескольких групп одновременно, например, гей-афроамериканец).

Естественно, на социокультурном уровне существует множество стоящих изучения областей, такие как культурные традиции и социальные нормы. Поскольку целью этой книги не является подробное описание множества способов, которыми социальная или культурная принадлежность клиента влияет на его психическое благополучие, просто подчеркнем еще раз значимую роль социокультурного уровня в инициировании, поддержании и обострении состояния клиента. Естественно, множество социокультурных убеждений и моделей поведения пересекаются с собственными убеждениями и моделями поведения клиента, а терапевт помогает выявить дезадаптивные паттерны и побудить клиента превратить их в адаптивные и соответствующие его целям.

На этом этапе терапии важно:

- определить компоненты социокультурного уровня;
- раскрыть, как эти компоненты вписываются в общую картину клиента.

Следующие наводящие вопросы помогут терапевту исследовать проблемы социокультурного уровня клиента.

Наводящие вопросы. Социокультурный уровень

Исследуйте проблемы вариативности. Какие социокультурные установки проявляются у клиента в трудный момент? Что могло бы облегчить его борьбу? Имеет ли место ригидность либо отсутствие здоровой вариативности на социокультурном уровне?

Изучите проблемы отбора. Каковы функции проблемных социокультурных факторов в сети клиента? Если или когда появятся более адаптивные формы социокультурного уровня, каким функциям они послужат?

Исследуйте проблемы сохранения. Как доминирующие социокультурные элементы поддерживают или разрешают проблемы клиента в сетевой модели? Почему адаптивные социокультурные паттерны не сохраняются? Какие другие особенности сети препятствуют сохранению результатов на этом уровне?

Чтобы изучить эти вопросы, терапевту необходимо много знать о ключевых социально и культурно значимых действиях.

- Исследуйте проблемы в вопросе культуры.
 - Каковы ваши культурные убеждения?
 - Каковы ваши религиозные представления?
 - Как в вашей культуре относятся к *[вставить критический вопрос, имеющий отношение к сети]*?
 - Как подобные проблемы обсуждаются в вашей семье и в кругу друзей?
 - Чувствуете ли вы, что нарушаете культурные нормы? Ради решения проблемы вам пришлось бы нарушить их?
- Изучите проблемы в области социальной поддержки.
 - Как бы вы описали отношения со своей семьей и друзьями?
 - Насколько открыто вы можете быть самим собой в кругу родных и друзей?

- Сколько у вас близких друзей?
- К кому вы обращаетесь с личными проблемами?
- Исследуйте проблемы в области стигматизации.
 - Вы сталкивались с предрассудками?
 - Становились ли вы их жертвой?
 - Если да, то каким образом?
 - Как это изменило вашу личность?

Действие 6.2. Социокультурный уровень

Вернемся к проблемной области в вашей жизни. Откройте еще раз вопросы выше и ответьте на каждый из них. Соотносятся ли как-либо ответы с вашей проблемой? Если да, напишите об этом. Как описанные выше аспекты ограничивают или способствуют здоровой вариативности, отбору и сохранению результатов?

Пример

Проблемы вариативности. Еще со средней школы я был убежден, что существует два лагеря: победители и неудачники. Если ты не популярен, значит, неудачник. Если я хочу быть победителем, должен быть уверенным, обаятельным и остроумным.

Проблемы отбора. Черно-белый взгляд на мир дает мне ложное чувство безопасности, потому что, даже оказавшись в конечном итоге неудачником, я знаю, где мое место. Кроме того, это мой способ чувствовать себя лучше: быть более уверенным и обаятельным.

Проблемы сохранения. Моя убежденность в существовании двух противоположных лагерей укрепляется всякий раз, когда я руководствуюсь этим принципом (либо чрезмерно компенсируя, чтобы быть победителем, либо отступая, чтобы не чувствовать себя еще большим неудачником). В любом случае правило подтверждается.

Функциональный анализ Майкла

Нынешние проблемы Майкла связаны с его здоровьем. Вероятнее всего, именно избыточный вес, отсутствие физических нагрузок, нездоровые пищевые привычки, гипертония и проблемы со сном вызывают у клиента помутнения рассудка, усугубляя его беспокойство по поводу работы. В прошлом он злоупотреблял алкоголем, что стало причиной некоторых из нынешних неприятностей. Проблемы со здоровьем формируют сильную, самоподдерживающуюся сеть, которую трудно изменить (особенно в долгосрочной перспективе) с помощью простых поведенческих стратегий без учета основных проблем. Каковы некоторые из них?

При дальнейшем исследовании становится ясно, что проблемы со здоровьем тесно связаны с социально-культурным аспектом ЕЕММ. Майкл — гей-афроамериканец, и среди его социальных и семейных ценностей особое внимание уделяется принципам “делай это сам” и “не будь высокомерным”. Развилось сильное чувство независимости и самодостаточности, очень хорошо послужившее Майклу во многих сферах жизни, например бизнесе. Но те же принципы мешают нормально реагировать на стресс по поводу выполнения работы. Кроме того, Майкл отказывает себе в необходимой заботы и социальной поддержке, благодаря которой мог бы начать заниматься спортом и улучшить здоровье. Он предпочитает нездоровое питание (которое также поощрялось семейными традициями), что усложняет проблемы со сном и утренние помутнения, поэтому беспокоится еще сильнее насчет своей способности справляться с рабочими задачами. Между тем нежелание прибегать к внешней помощи мешает Майклу принять решительные меры в области здоровья. Хотя нужно признать, что некоторые аспекты негибкого когнитивно-поведенческого подхода Майкла все же помогли ему добиться некоторых успехов.

С точки зрения ЕЕММ доминируют когниция, аффект, селф в противовес открытому поведению, биофизиологическим и социокультурным особенностям. Поскольку мы еще не разобрались с тонкостями сохранения и контекста, заполним ЕЕММ Майкла только частично (табл. 6.1).

Таблица 6.1. Расширенная эволюционная метамодель Майкла

	Вариативность	Отбор
Аффект	Избегание неловких ощущений по поводу заботы о себе	Меньшее чувство уязвимости
Когниция	Когнитивно негибкое принятие принципов “сделай это сам” и “не будь высокомерным”	Успех в бизнесе в определенной степени оправдывает эти модели наравне с концепцией себя и спецификой семейных ценностей
Внимание	Беспокойство	Функциональность только в краткосрочной перспективе
Селф	Идентичность гея-афроамериканца (без семейной поддержки), ограничивающая поведенческие возможности. “Забота о себе для маменькиных сынков”	Гордость, поддерживаемая семьей и обществом; избегание дискомфорта из-за заботы о себе
Мотивация	Мотивация на успех; мотивация на заботу о себе ограничена мыслями, самоощущением и культурой	Успехи на работе поддерживают эти установки.
Открытое поведение	Самодостаточность; профессиональная уверенность; нерешительность относительно заботы о себе	Финансовый и социальный успех; попытки избежать обвинений в эгоизме
Биофизиологический уровень	Нездоровое питание, отсутствие физических упражнений и проблемы со сном; причинно-следственная связь между “утренним туманом” и историей алкоголизма	Любовь к жирной пище. Мотивацию на заботу о себе заступают предубеждения
Социокультурный уровень	Активно внушаемые принципы “сделай это сам” и “не будь высокомерным” социально связаны с историей расовых предрассудков. Выбор жирной пищи уходит корнями в семейные устои	Позитивная связь с семьей и культурой

Становится ясно, что основополагающие аспекты ЕЕММ, которые играют заметную роль в сети Майкла, определяются его социокультурным опытом и связаны со стремлением быть независимым и самодостаточным. Негативными последствиями таких убеждений являются нездоровые привычки вместе с физическими проблемами. Стратегии вмешательства должны строиться таким образом, чтобы обойти или изменить жесткие правила клиента, побороть поведенческую негибкость и разработать

мотивационные стратегии для приобретения и сохранения адаптивных привычек.

Мы вернемся к ситуации Майкла в главе 9, после того как исследуем больше особенностей, необходимых для разрушения этой системы.

Действие 6.3. Заполните свою схему ЕЕММ: биофизиологический и социокультурный уровни

Вернемся к проблеме, выявленной вами в своей жизни. Основываясь на ответах из действий 6.1-6.2, заполните частичную схему ЕЕММ ниже. Если ваша проблема не связана с биофизиологическим или социокультурным уровнем, оставьте соответствующие столбцы пустыми.

	Дезадаптивный	
	Вариативность	Отбор
Биофизиологический		
Социокультурный		

Пример

	Дезадаптивный	
	Вариативность	Отбор
Биофизиологический	Когда я боюсь, чувствую дискомфорт в животе. Я весь как-то сжимаюсь. Сердце бьется быстрее, я потею и начинаю нервничать	Думаю, это способ моего тела подготовиться к опасности. Тело хочет защитить меня, но на самом деле это усложняет мне задачу
Социокультурный	Еще со школы я убежден, что существуют два лагеря: победители и неудачники. И если ты не популярен, ты неудачник. Если я хочу быть победителем, надо быть уверенным, обаятельным и остроумным	Черно-белое мышление дает мне ложное чувство безопасности, ведь даже если я окажусь неудачником, то по крайней мере буду знать свое место. Кроме того, это мой способ чувствовать себя лучше: быть более уверенным и обаятельным

Действие 6.4. Создание предварительной новой сетевой модели

Вернемся к вашей проблемной области. Просмотрите свои ответы на упражнения в главах 2–6. Нарисуйте новую сеть событий, чтобы охарактеризовать эту область. Что-то подобное вы делали в действии 2.1, где создавали свою первую сетевую модель, за исключением того, что теперь мы исследовали все измерения и уровни ЕЕММ (но еще не все столбцы). Задействуйте все соответствующие факторы по мере их представления во всех измерениях и уровнях. Используйте столько стрелок (одно- и двусторонних), сколько сочтете необходимым (рис. 6.5).

Затем коротко опишите свои мысли и чувства по ходу работы над своей проблемой с помощью более сложной сетевой модели. Куда ведет вас разум? Как вы реагируете, когда рассматриваете свою неприятность через призму этой сети?

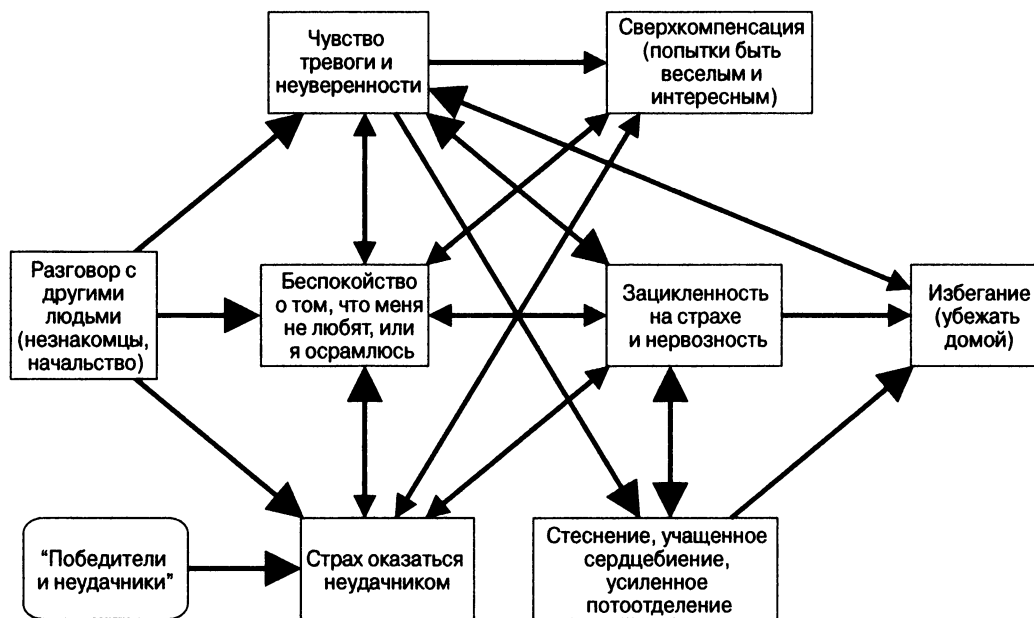


Рис. 6.5. Пример создания предварительной новой сетевой модели

Мысли и чувства. Я чувствую, что начинаю лучше понимать, что со мной происходит. Раньше многое было сокрыто. Неприятно впечатляет, но в то же время чувствую облегчение, ведь понимаю, что способен со всем разобратся. Я не понимал, какую роль играет моя защленность на собственном страхе и нервозности и как все эти элементы усиливают друг друга. Это большой клубок, но я наконец-то вижу нити, чтобы распутать его.

Восприимчивость к контексту и сохранение

Работа терапевта длится до тех пор, пока мы не поможем клиенту осуществить долговременные адаптивные изменения. Прежде чем это произойдет, нужно узнать ситуацию клиента и определить факторы, которые поддерживают и усугубляют проблемы. Как только это будет сделано, сосредоточимся на реальной работе: помочь клиенту измениться, разрушив дезадаптивные паттерны и выстроив адаптивные реакции в соответствующих контекстах.

Контекст относится к внутренним и внешним обстоятельствам клиента: его личной истории, генетической предрасположенности, культурной идентичности, рабочей среде, жизненной ситуации, социально-экономическому статусу и любому другому фактору, который влияет на возникновение адаптивной или дезадаптивной реакции. Разный контекст требует разного вида реакций. Например, хвастовство своими достижениями будет одобрено друзьями, но вряд ли понравится коллегам. Одна из целей терапии — повысить чувствительность клиента к контексту, чтобы он стал более восприимчивым к требованиям определенной ситуации и затем гибко скорректировал свою реакцию. Например, человек, восприимчивый к контексту, знает, когда уместно говорить открыто, а когда лучше сохранять тайну.

Вместе с развитием адаптивной реакции мы также хотим убедиться, что она закрепится. В конце концов, изменение не имеет большого значения, если оно остается в рамках сеанса терапии. Процесс превращения новых реакций в полноценные привычки называется *сохранением*. Подводя итог, мы хотим помочь клиенту измениться, повысив его восприимчивость к контексту (тем самым укрепив его способность замечать перемену условий ситуации и реагировать адаптивными способами) и шансы на сохранение (укрепив способность клиента придерживаться в дальнейшем новых реакций).

С целью разобраться в этом подробнее вернемся к истории Майи. Как вы помните, с Майей произошел несчастный случай на работе, из-за которого у нее начались хронические боли в спине. Она слишком сосредоточена на своей боли и боится, что ее состояние никогда не улучшится или что она снова причинит себе вред. В результате клиентка избегает ходить на работу и ограничивает свою активность. Майя считает, что “это несправедливо” и что ее несчастный случай “не должен был произойти”, потому что ранее она безрезультатно предупреждала свое начальство об опасности. Все ее предыдущие жалобы и предупреждения были приняты к сведению, но ничего так и не было сделано. Естественно, Майя испытывает сильный гнев, и ситуация только усугубляется. На рис. 7.1 вы видите сетевую модель Майи.

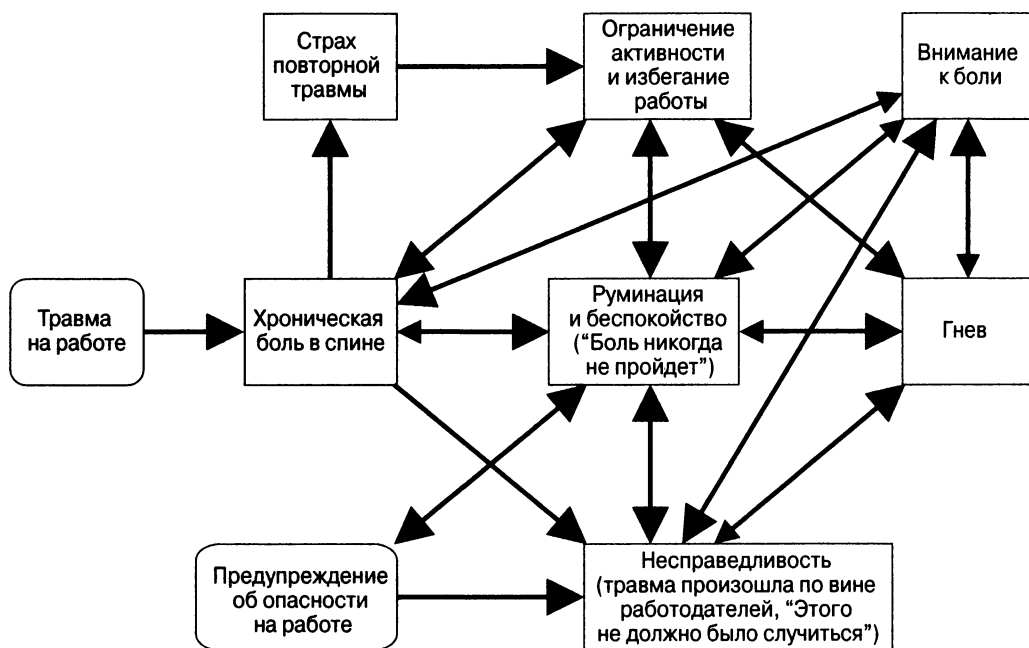


Рис. 7.1. Возвращение к сетевой модели Майи

Центральное место занимают самоограничения и избегание работы, а также гнев. Поскольку Майя в первую очередь обратилась за лечением из-за последнего элемента, было бы разумно начать терапию именно с гнева. Как показано на рис. 7.1, гнев клиентки поддерживает и усугубляет ряд сопутствующих факторов, вращающихся вокруг самоограничения, руминации, чувства несправедливости и чрезмерного внимания к боли. Терапевт мог бы работать над гневом Майи либо напрямую, добавляя и

(или) убирая элементы, утоляющие ее гнев, либо косвенно, нацелившись на элементы, которые уменьшают силу и влияние тех соседних факторов, что подпитывают гнев.

Как только гнев утихнет, должно стать легче ввести новые элементы для решения второй проблемы клиентки: ее склонности ограничивать себя и избегать ходить на работу. Другими словами, ослабив гнев, терапевт сможет довести Майю до такого состояния, когда она снова начнет полноценно жить своей жизнью. Но в первую очередь нужно разобраться с гневом. Как стало ясно из сетевой модели Майи, одним из факторов, подпитывающих ее гнев, является склонность сосредотачиваться на своей боли. Таким образом, первым делом необходимо донести до Майи роль внимания в ее сети и то, как оно усиливает гнев. Кроме того, мы хотим представить Майе альтернативный способ реагирования, поэтому вместо того, чтобы автоматически направлять внимание на боль, она может научиться обращаться со своим вниманием более гибким, адаптивным образом и действительно получать пользу. Другими словами, речь идет о повышении восприимчивости клиентки к ее контексту, чтобы выработать гибкую, адаптивную реакцию.

Как повысить восприимчивость к контексту

Восприимчивость к контексту требует работы над осведомленностью о меняющихся требованиях контекста, чтобы гибко адаптировать реакцию на него. Для этого сначала нужно получить представление о сложной ситуации клиента. Зная контекст, терапевт лучше понимает силы, которые влияют на реакции клиента, и помогает клиенту тоже их увидеть. Эта первая фаза (выявить основные факторы и определить их роль в проблемах клиента) обычно имеет место на начальном этапе оценки. Как только ключевые факторы раскрыты, и клиент осознает требования своего контекста, он свободен выбирать альтернативные адаптивные реакции.

В случае Майи существует множество дезадаптивных реакций, которые в конечном счете усиливают ее гнев. Как мы видели, одна из них — склонность заикливаться на своей боли жестким, осуждающим образом. Логичен вопрос: какой контекст порождает эту реакцию? В сетевой модели Майи (рис. 7.1) видно, что хроническая боль в спине, общее чувство гнева и несправедливости обычно приводят к жесткой заикленности на боли. Задача терапевта — объяснить Майе, что заикленность на боли усугубляет ее гнев, и указать на причины, почему она ведет себя таким образом.

Следовательно, повысить восприимчивость клиентки к контексту можно путем:

- выявления ключевых реакций в сети;
- определения факторов, усиливающих и поддерживающих эти ключевые реакции.

Осознание контекстуальных требований и меняющейся динамики открывает перед клиентом выбор альтернативных адаптивных реакций. Иногда можно изменить важные элементы в контексте клиента, что значительно облегчает переход к адаптивным способам. Например, через устранение дисфункциональных отношений, которые усиливают пристрастие к наркотикам. Однако чаще всего изменить существенные элементы в контексте клиента нелегко, и изменения должны начинаться с замены реакций. В этом случае ваша помощь клиенту заключается в исследовании альтернативных ответов на его контекстуальные обстоятельства.

Майя не может легко избавиться от хронической боли в спине. Мы также не можем просто отключить ее гнев. И хотя, имея достаточно времени, Майя способна научиться избавляться от чувства несправедливости, более эффективно было бы начать с того, чтобы научить ее альтернативной реакции. Вместо того чтобы сосредоточиваться на боли осуждающим, жестким образом, Майя попытается направлять свое внимание осознанным, сострадательным образом, что позволит ей признать боль, не увязнув в ней и парадоксальным образом не усилив ее воздействие. Кроме того, Майя обрела бы гармонию со своим телом и исследовала весь спектр своих возможностей, а не просто бездумно следовала ограничениям, установленным собственным умом. Посмотрим, как это выглядит на сеансе терапии.

Майя и медитативное упражнение

Терапевт. Если вы не против, выполним небольшое упражнение с закрытыми глазами.

Майя. Имеете в виду медитацию?

Терапевт. Что-то вроде этого. Попробуем обратиться к вашему воображению, чтобы проследить за вниманием.

Майя. Хорошо.

Терапевт. Устройтесь удобно в кресле. Я хочу, чтобы через дыхание вы привнесли осознанность в свое тело. Медленно и осторожно

делайте вдох и выдох. И еще раз. Когда будете готовы, вдохните и перенесите свое внимание на тело. Обратите внимание, как ноги и спина соприкасаются с креслом, какие ощущения при этом возникают. Не забудьте о тепле и холоде. Какие участки вашего тела прикрыты, а какие контактируют с воздухом. Наверняка вы заметите, что иногда ваше осознание ускользает. Ничего страшного. На самом деле невозможно все время держать его под контролем. Просто замечайте момент, когда ваше внимание отвлеклось, и мягко возвращайте его к своему телу. Теперь обратите внимание на любую напряженность в теле. Если есть возможность отпустить ее, сделайте это. А если нет, то обратите внимание, на что похоже это ощущение стеснения. Где оно начинается и где заканчивается? Представьте себя любознательным ученым, который наблюдает за всем, не вынося никаких суждений. А теперь перейдем к по-настоящему напряженным областям. Где ваша боль? Какая она? Как она проявляется? Не отвечайте на вопросы словами. Попробуйте прочувствовать и вдохнуть свою боль без какого-либо осуждения. Просто наблюдайте. Боль вот здесь, и вы тоже. А теперь перенесите свое внимание на ноги. Вы чувствуете свои пальцы на ногах? Лодыжки? Двигайтесь вверх. Чувствуете, как поднимается и опускается живот, когда вы дышите? Направляйте свое внимание еще выше, к груди и рукам. Вы чувствуете свои руки? Обратите внимание на каждый палец. Теперь двигайтесь к шее. Отпустите напряжение в челюсти. Чувствуете свои губы? Уши? Нос? Щеки и лоб? Попробуйте сосредоточиться на всем теле сразу. Сделайте еще один глубокий вдох и выдох. Медленно откройте глаза. С возвращением!

Майя. Привет.

Терапевт. Расскажите о своих ощущениях.

Майя. В новинку. Прежде мне не приходилось медитировать.

Терапевт. Понимаю. Что вы заметили в своем теле?

Майя. Заметила, что успокаиваюсь. Дышать становилось легче.

Терапевт. Да, так бывает во время медитации. Вам понравилось тренировать свое внимание таким образом?

Майя. Должна признаться, я часто отвлекалась. Вы говорили, но иногда я думала о чем-то совершенно другом.

Терапевт. Да, так тоже бывает. Что вы ощущали, направляя свое внимание к отдельным частям тела?

Майя. Было странно. Конечно, я чувствовала их раньше, но сейчас было как-то по-другому. Интересно чувствовать и не прикасаться. Другой вид ощущений.

Терапевт. Очень хорошо. Мы также говорили о боли. Вы упомянули, что уделяете много внимания своей боли, но, полагаю, во время упражнения вы относились к ней по-другому?

Майя. Да. Когда я сосредоточиваюсь на боли, она становится сильнее и просто поглощает меня. Но только что, когда я тоже концентрировалась на боли, мне стало немного легче. Разумеется, она никуда не делась, я все еще ее чувствую.

Терапевт. Конечно. К сожалению, никакая форма медитации не избавит вас от боли полностью. Но вы правы, медитация способна помешать боли поглощать вас. Вы сумели бы найти более легкий способ преодолеть ее.

Майя (*кивает*).

Терапевт. Видите ли, все, на что мы обращаем внимание, становится больше в нашей голове. Это правило распространяется на простое упражнение на медитацию, а также на вашу боль. Не менее важен способ, которым мы направляем внимание: можем жестко сосредоточиться на чем-то и судить сурово или реагировать гибко и просто наблюдать без осуждения. Трудно, но возможно. Этот навык доступен всем.

Майя. Но я никогда не смогу перестать ненавидеть боль, из-за этого я несчастна.

Терапевт. Понимаю. К сожалению, я не смогу заставить боль исчезнуть. Но вы только что убедились, что есть способ переносить свою боль с большей легкостью. Продолжив практиковать новый способ реагирования, как мы только что делали, сможете легче справляться с болью и вернете свою жизнь.

Майя. Я вообще не хочу испытывать боль.

Терапевт. Знаю. Если бы можно было махнуть волшебной палочкой и избавить вас от нее, мы бы так и поступили. К сожалению, ваше тело изменилось. Вам предстоит заново наладить контакт с ним и узнать, на что вы действительно способны и как вернуться к полноценной жизни.

Майя. Да, я хочу этого.

Терапевт. Замечательно! Медитативные упражнения требуют времени. При регулярной практике вы привыкнете к ним и почувствуете их оздоровительную силу. Речь идет не о том, чтобы стереть боль, а о том, чтобы настроиться на свое тело и наполнить его легкостью для преодоления сложных чувств. Не хотели бы вы попробовать эту практику дома?

В этом фрагменте беседы терапевт научил Майю фундаментальной практике осознанности. Тренируясь, Майя учится фокусировать внимание более гибким, объективным способом, что допускает больше вариативности и гибкий отбор. Последующая практика даст клиентке возможность осознанно направлять свое внимание, вместо того чтобы поддаваться боли. Обратите внимание, что цель здесь не в том, чтобы изменить само переживание: речь идет не об уменьшении боли, а об уменьшении влияния боли на Майю, ее действия и общего уровня испытываемого ею гнева.

Терапевт предлагает внимательно наблюдать за переживаниями всякий раз, когда разум оказывается в ловушке. Другими словами, всякий раз, когда Майя замечает, что боится снова пострадать, ее разум захватывает беспокойство либо гнев, она закикливается на боли, женщина должна использовать эти моменты как возможность для практики осознанности. Добавив новый элемент “Практика осознанности” (вместе со связями с другими факторами) в сетевую модель Майи, получим рис. 7.2. Обратите внимание на специфику стрелок от “Практики осознанности”. Их пустые наконечники означают, что связи уменьшают силу связанных с ними факторов.

Благодаря практике осознанности Майя относится к своему телу более осознанно и сострадательно. Вместо того чтобы поддаться власти болезненных мыслей, чувств и ощущений, Майя сама выбирает, на чем сконцентрироваться (а не бездумно следует мыслям). Таким образом, был выявлен один ключевой фактор, усиливающий гнев клиентки. Однако есть и другие ответственные за гнев элементы, которые также нуждаются в анализе. Именно этим и займемся.

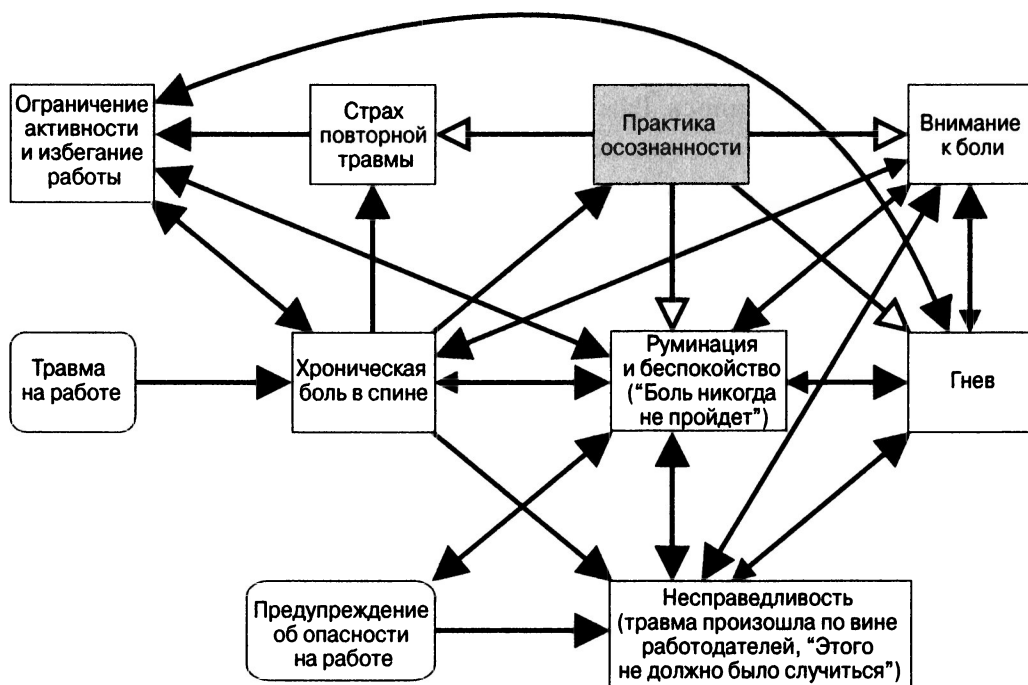


Рис. 7.2. Эффект практики осознанности Майи

Мысли Майи, как правило, вращаются вокруг боли: что она “может никогда не исчезнуть”, травма была “несправедливой” и этого “не должно было случиться”. Несмотря на обоснованность этих мыслей, гнев усиливается, потому что они рисуют образ жертвы бессмысленной трагедии. По мнению клиентки, жизнь сыграла с ней злую шутку, и она ничего не может с этим поделать. Пока Майя продолжает цепляться за бесполезные мысли, реальные перемены вряд ли произойдут. По этой причине терапевту необходимо обратиться к чувству самоэффективности Майи и вернуть ей руль управления, чтобы она снова поверила в свою способность управлять ходом жизни.

Сетевая модель (см. рис. 7.2) показывает несколько факторов, которые влияют на склонность Майи к беспокойству и руминации. К сожалению, ни один терапевт в мире не сможет отменить травму, которая привела к болям в спине. Нельзя также изменить тот факт, что начальство пренебрегло предупреждениями своей работницы. Это привело ее к убеждению, что несчастный случай был “несправедливым”. Теперь Майе предстоит найти другой способ реагирования на неизменные реалии. Гибкость мышления поможет клиентке рядом с мыслями о саморазрушении освободить место для мыслей о самоутверждении. Формирование у клиента чувства

самоэффективности занимает много времени. Клиенту предстоит заново ставить самостоятельно выбранные цели и достигать их. Таким образом, растет вера клиента в собственные возможности.

Тем не менее запустить этот процесс можно, показав клиенту, что он способен выйти за рамки ограничений, которые сам на себя накладывает. Ниже приведен пример того, как это сделать.

Терапевт. Выполним другое упражнение. Для этого можете оставить глаза открытыми и оставаться на своем месте, понадобится только одна рука. Заманчиво?

Майя. Ну, наверное.

Терапевт. Хорошо, для этого упражнения выберите сначала руку, а затем поднимите ее как можно выше, не вставая со своего места.

Майя (*поднимает руку*). Выше уже не могу.

Терапевт. Точно?

Майя. Да.

Терапевт. Отлично. Все же постарайтесь еще поднять ее хоть на миллиметр выше. Получается? Очень хорошо. Опускайте руку. Смысл этого глупого упражнения в том, чтобы показать, что руководства вашего разума не обязательно правдивы. Вы сказали, что выше руку не поднять уже. Но когда вас попросили поднять руку еще выше, вы все же смогли это сделать.

Майя. Не понимаю, к чему вы ведете. Какое это имеет отношение к моей проблеме?

Терапевт. Похоже, что в вашей голове появились какие-то очень строгие ограничения по поводу трактования произошедшего с вами несчастного случая, несправедливости и разочарования в возможных переменах. Правильно?

Майя. Да... но все на самом деле так и есть.

Терапевт. Это один из вариантов. Да. Но возможны и другие сценарии. Что, если, точно так же, как вы смогли поднять руку еще немного выше, вы способны сделать больше, чем подсказывает вам разум? Возможно, ваши возможности уже не те, что были до несчастного случая. И да, ваша боль, может никогда полностью не исчезнуть. Но вдруг у вас есть неиспользованный потенциал? Вдруг еще есть возможности, которые ваш разум не видит,

поскольку слишком сосредоточен на том факте, что боль может никогда не исчезнуть?

Майя. Я слишком сильно ограничиваюсь.

Терапевт. Вполне возможно. Нам еще предстоит выяснить, что кроется в этом неиспользованном потенциале. Сделаем это вместе. Вам предстоит много прислушиваться к себе. Вместо того чтобы просто соблюдать ограничения от разума, по-настоящему ощутите свое тело и исследуйте свои истинные глубины.

В приведенном выше фрагменте беседы терапевт добавил к сетевой модели Майи элемент самоэффективности. Как упоминалось ранее, чтобы самоэффективность прочно вошла в жизнь клиентки, ей придется упорно работать вместе со своим терапевтом — одним быстрым упражнением не обойтись. Повышение самоэффективности — это долгосрочный процесс постановки и достижения самостоятельно выбранных целей (или жизни в соответствии с самостоятельно выбранными обязательствами и ценностями). Чем более последователен клиент в этом начинании, тем более прочным становится чувство самоэффективности. Несмотря на легкость, упражнение продемонстрировало Майе: пределы ее разума не обязательно отражают ее истинные ограничения и у нее есть потенциал выйти за рамки того, что она раньше считала возможным. Если Майя начнет верить в свою способность влиять на значимые изменения в жизни, могут произойти два важных события. Во-первых, Майя перестанет быть жертвой обстоятельств и вернется к управлению своей жизнью, преодолев чувство гнева (которое частично возникло из-за предполагаемого бессилия). Во-вторых, поскольку повышенное чувство самоэффективности уменьшает влияние хронической боли в спине на жизнь в целом, Майя с меньшей вероятностью будет беспокоиться о боли. Женщина поймет, что хотя жизнь не вернется в прежнее русло (до несчастного случая), в ней все еще есть место для решимости и целеустремленности. Появление этого мощного нового элемента в жизни Майи должно освободить путь для других изменений. Если добавим самоэффективность (а также ее связи) к сетевой модели Майи, получится рис. 7.3.

К настоящему времени в сети Майи появилось два новых адаптивных элемента (“Практика осознанности” и “Самоэффективность”). Оба основаны на дезадаптивных процессах и допускают большую вариативность и гибкий выбор (другими словами, у Майи есть альтернативные варианты реагирования). С помощью терапии Майя вернулась в состояние, когда может лучше настраиваться на собственное тело и начинает верить в свою

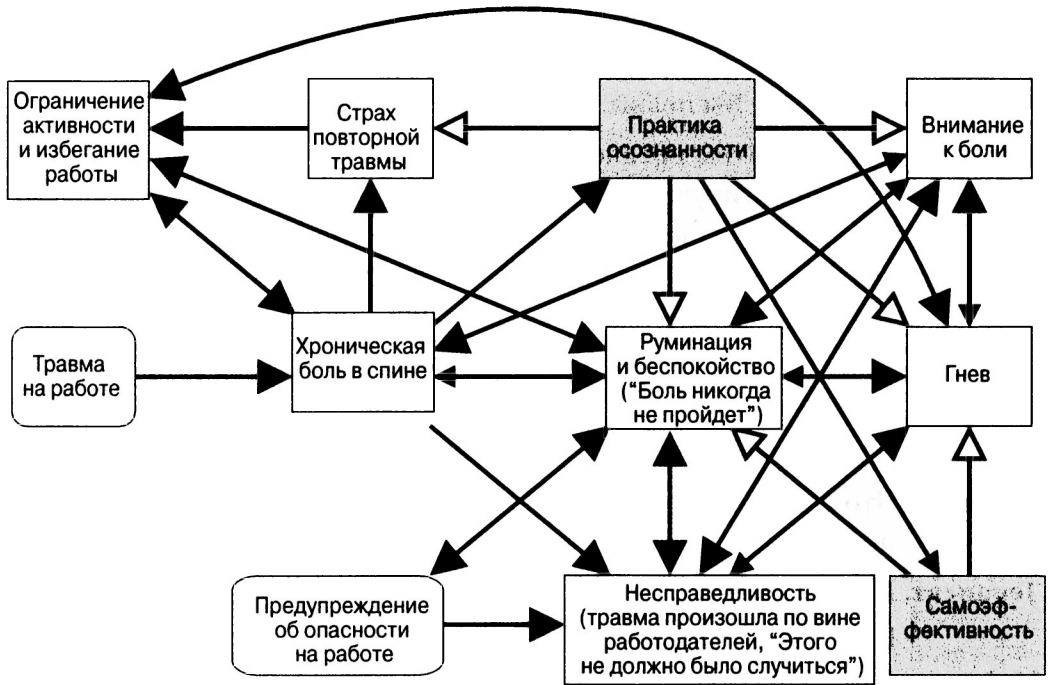


Рис. 7.3. Влияние самоэффективности

способность повлиять на значимые изменения в жизни. Теперь же пришло время выяснить значение этих достижений.

Майя. Иногда благодаря этому мои дни проходят легче, но боль всегда здесь. И иногда это единственное, о чем могу думать.

Терапевт. Не считите странным вопрос, но что было бы, если бы боль прошла?

Майя. То есть? Конечно, было бы замечательно.

Терапевт. Само собой. Но что бы вы делали, если бы у вас не было боли?

Майя. Не знаю. Я не думала об этом. Все равно это не имеет значения, потому что боль есть, хочу я этого или нет.

Терапевт. Понимаю. Очевидно, вы почти полностью остановили свою жизнь, когда в нее пришла боль. Верно?

Майя (слезы на глазах). Из-за боли я стала несчастной.

Терапевт. Сочувствую. Боль многое усложнила или даже полностью отобрала у вас. Однако вы все еще дышите. У вас все еще есть жизнь, и наше предназначение — прожить ее. Готов поспорить, в жизни

предостаточно привлекательного, независимо от того, испытываете вы боль или нет.

Майя. Так и есть. Вы правы.

Терапевт. Хорошо. Итак, предположим, произойдет чудо, и боль исчезнет. Я не гарантирую этого, но ради упражнения просто представим, что это произойдет. А через несколько лет у вас берут интервью в прямом эфире о том, как вы справлялись с самым худшим. В идеальном мире что бы вы сказали?

Майя. Думаю, я бы хотела сказать, что была... эм... любящей... и доброй по отношению к себе. И... гм... терпеливой и полной надежд.

Терапевт. Что-то еще?

Майя. Что я не сдалась и прошла через трудности не только ради себя, но и ради других.

Терапевт. Итак, любовь, доброта, терпение и надежда. Усилия не только ради себя, но и ради других.

Майя. Все так.

Терапевт. Хорошо, подумайте об этом еще немного. Любовь, доброта, терпение, надежда и поддержка — вот что для вас важно.

Майя. Да. Я хочу делать то, что лучше для меня, но также хочу помогать другим. Моим друзьям с работы приходится иметь дело с тем же беспорядком, который привел меня сюда.

Терапевт. Хорошо. Поэтому в следующий раз, когда заметите, что беспокоитесь о своей боли, “пройдет ли она” или о том, что “все это было несправедливо”, у вас будет выбор. Можете позволить разуму запугивать, а боли помыкать вами и указывать, что делать или не делать. Или в качестве альтернативы можете отказаться от бесполезных мыслей и вместо этого сосредоточиться на важном, а именно: любви, доброте, терпении, надежде и поддержке. У вас есть выбор, несмотря на боль и трудные мысли. Какой из этих двух вариантов предпочтете?

Майя. Что ж, я хочу любящим и полным надежд человеком, хочу поддерживать других.

Терапевт. Чудесно. Если не возражаете, посвятим оставшееся время изучению жизни с этими ценностями — любовь, надежда и поддержка — и способам привнесения их в вашу жизнь.

В ходе беседы терапевт обсудил с Майей, что сделало бы ее существование стоящим того, чтобы жить. Майя построила всю свою жизнь вокруг боли, а теперь пришло время построить жизнь, которая включает в себя боль, но не ставит ее во главу угла. Стало ясно, что Майя ценит тот факт, что способна любить, проявлять доброту, терпеть, надеяться и поддерживать себя и других. Впоследствии Майя и терапевт должны выяснить, как она может привнести эти ценности в свою жизнь и воплотить их в реальные действия и достижимые цели или обязательства. Хотя новый акцент необязательно избавляет клиентку от руминации и волнения, он укрепляет чувство самоэффективности, поскольку теперь Майя осознает свои основные мотивы. Кроме того, акцент на ценностях способен уменьшить ее страх перед повторным нанесением телесных повреждений, поскольку хроническая боль в спине уже не занимает центральное место в ее жизни, что делает риск повторного нанесения телесных повреждений менее пугающим. Добавив новый элемент “Акцент на значимых целях” (вместе со связями с другими факторами) в сетевую модель, получим рис. 7.4. Обратите внимание, что “Практика осознанности” усиливает способность Майи фокусироваться на основных целях, поскольку осознанность ведет к общему самоосознанию и ценностям.

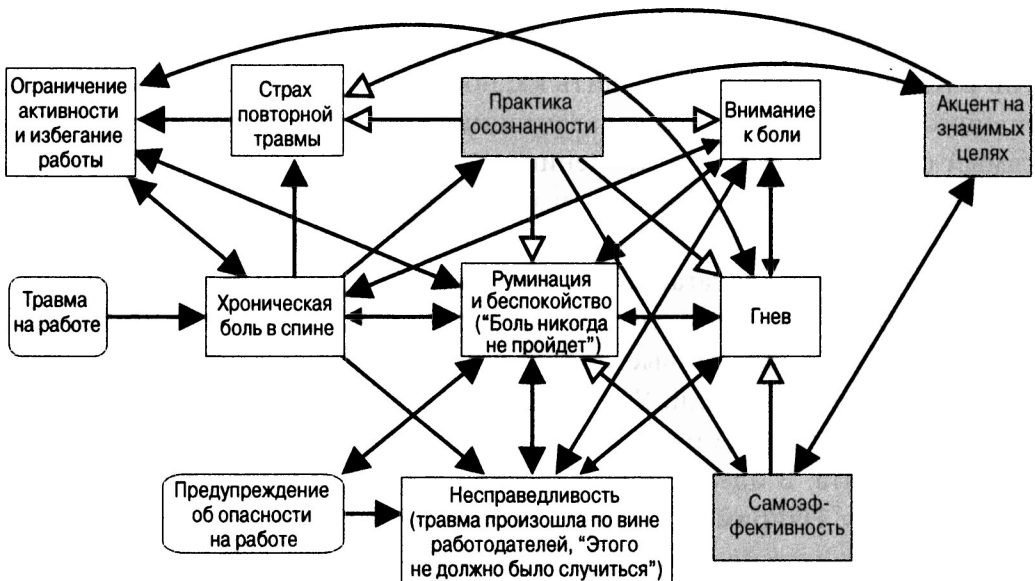


Рис. 7.4. Акцент на значимых целях

По мере продвижения терапии в сетевую модель Майи вводится все больше и больше элементов, которые обезвреживают дезадаптивные процессы. Как видите, новые элементы настроены таким образом, что подкрепляют сами себя: “Практика осознанности” усиливает “Акцент на значимых целях” и “Самоеффективность”, два последних компонента также усиливают друг друга. Таким образом, шаг за шагом внедряются адаптивные циклы, которые начинают доминировать. В следующем разделе продолжим работать с акцентами, превратив ценности Майи в практические обязательства. Другими словами, займемся сохранением, превращая новые реакции в полноценные привычки.

Как улучшить сохранение

Суть процесса сохранения заключается в том, чтобы закрепить позитивные изменения. Как правило, дезадаптивные реакции удерживаются с помощью петель, которые подкрепляют сами себя. Чем дольше эта схема повторяется, тем больше реакции превращаются в жесткие привычки, и тем труднее клиенту что-то менять.

У сохранения противоположный принцип: повторение положительного паттерна и закрепление его в более крупных компонентах сети. Перемены возможны в любом из измерений ЕЕММ: повторение адаптивных стратегий внимания помогает сохранить их; построение здоровых когнитивных процессов в большие паттерны адаптации делает то же самое и т.д. Однако самый надежный путь к сохранению — это связь позитивных процессов изменений с позитивно мотивированным открытым поведением. В желании жить достойной жизнью цель встречается со средствами.

Сохранение предполагает соединить процессы изменений с адаптивными реакциями и экспериментировать с различными стратегиями, чтобы превратить их в устойчивые привычки, которые объединяются в более крупные модели действий. Учитывая эту цель, ключом к процессу сохранения являются новые реакции, которые имеют смысл в рамках сетевой модели клиента. В идеале новый паттерн действует как альтернатива дезадаптивному. Например, склонность Майи ограничивать себя в работе и прочих занятиях усиливает гнев, руминацию и усугубляет боль. Вместе с таким прочным узлом, как акцент на значимых целях, новая реакция становится более устойчивой.

Некоторым клиентам потребуется лишь небольшая помощь в выборе стратегий для сохранения новых реакций, в то время как другим

потребуется все силы и умения терапевта. Не существует эмпирического правила, эффективного для всех, поэтому в дело вступает эксперимент. Обсуждайте вместе с клиентом план действий. Дайте клиенту время для его реализации, а затем соберитесь вновь и поразмыслите еще. В конечном итоге скорректируйте комплекс мер в соответствии с интересами клиента. Вот пример того, как процесс выбора и сохранения новой реакции проходил у Майи и ее терапевта.

Терапевт. Мы говорили о том, что вы хотите быть любящей, терпеливой и поддерживающей. Давайте немного поговорим о том, что это значит и как привнести эти ценности в вашу жизнь. Например, что для вас значит быть “любящим” человеком?

Майя. Думаю, это значит лучше к себе относиться. Быть добрее к себе. Добрее к душе и телу.

Терапевт. И каким образом это возможно?

Майя. Удовлетворяя свои потребности. Например, я откладывала некоторые упражнения, рекомендованные мне физиотерапевтом. Знаю, что моему телу они нужны, но не делаю их.

Терапевт. Значит, быть более любящей можно благодаря выполнению простых упражнений?

Майя. Да, почему нет.

Терапевт. Расскажите мне об этих упражнениях.

Майя. Больше всего мне рекомендовали упражнения на растяжку мышц. Что-то вроде йоги. Я даже купила специальный коврик, но так и не использовала его.

Терапевт. Хорошо. Итак, вы знаете, какие упражнения вам следует выполнять, и у вас есть для этого все необходимое.

Майя. Да.

Терапевт. Что вам мешает?

Майя. Немного страшно, если честно. Боюсь, что причиню себе вред. Хотя врач отрицал такую возможность, но я все равно боюсь. Да дело даже не в этом. Буду ли я вообще их делать?

Терапевт. Бояться — нормально, когда вы только начинаете что-то делать. Но мне кажется, что вы прислушиваетесь *только* к страху. Последнее время вы уделяли ему много внимания по понятным

причинам, но по опыту вы знаете, как это влияет на вас. Жизнь становится менее полноценной, а боль на самом деле становится больше, не так ли? Что, если бы мы вместо этого прислушались к вашему желанию быть любящей и терпеливой? Один из способов сделать это — тренироваться. Вы можете вернуть свою жизнь и дать своему телу то, в чем оно нуждается. Если бы перед вами на столе лежали эти два варианта, какой бы вы выбрали?

Майя. Второй. Он обнадеживает.

Терапевт. Чудесно. Теперь, по шкале от 1 до 10, насколько вы уверены, что действительно будете выполнять упражнения, рекомендованные физиотерапевтом?

Майя. Не уверена... может, 6?

Терапевт. Хорошо, 6 — оптимистичное начало. Теперь повысим ваш уровень уверенности, по крайней мере до 8 или 9. Многим людям помогает совместное выполнение упражнений с кем-то. У вас есть кто-нибудь на примете?

Майя. У меня есть сосед, с которым я дружу, и он каждое утро занимается йогой. Я могла бы попросить его заниматься вместе.

Терапевт. Потрясающе. И если вы сделаете это, насколько поднимется ваша уверенность? Ничего страшного, если вы не чувствуете изменений, но если они все же есть, какова теперь ваша цифра?

Майя. Наверное, теперь это 9.

Терапевт. Очень хорошо. Итак, ваш план состоит в том, чтобы попросить соседа заниматься вместе по утрам. В следующий раз обсудим, как все прошло. Согласны?

Майя. Да.

Вот что произошло в этом фрагменте сеанса: во-первых, терапевт и клиентка исследовали альтернативные стратегии на дезадаптивные реакции. Во-вторых, они обсудили, как увеличить шансы Майи на то, что она все же последует новой реакции. Майя решила действовать в соответствии со своей ценностью (любви к себе), выполняя упражнения на растяжку, которые рекомендовал ей физиотерапевт. И чтобы увеличить шансы на успех, Майя взяла на себя обязательство обратиться к соседу за дополнительной социальной поддержкой.

Новый план действий Майи мотивирован ее ценностями. Его подкрепляют другие прочные элементы ее сети. Позже в случае с Майей терапевт снова применил стратегию “расширяй и укрепляй” для создания адаптивных привычек, чтобы бороться с трудными эмоциями. Поскольку боль, чувство несправедливости и гнев все еще могли нарушить новый паттерн, терапевт воспользовался возможностью применить прогресс клиентки в новой области.

Майя. Ситуация на работе по-прежнему трудная, и я беспокоюсь о своих друзьях и коллегах. Работники понятия не имеют об условиях на работе, и кто-то должен это исправить. Это просто неправильно.

Терапевт. Позвольте спросить. Ввиду вашей основной ценности (быть любящей и заботливой) куда вы можете направить эту мотивацию, когда видите несправедливость на работе? Есть ли способ поддержать своих друзей и коллег?

Майя. Я всегда хотела вступить в профсоюз работников. Чтобы что-то изменить и не позволить случившемуся со мной испортить жизнь еще кому-то.

Терапевт. И как это возможно?

Майя. Точно не уверена, как все устроено, но знаю кое-кого из профсоюза, так что могла бы попросить о помощи. Я долгое время думала над этим.

Терапевт. Здорово. До следующего сеанса вы успеете поговорить с нужными людьми?

Майя. Определенно. Это даже проще, чем упражнения, но я справилась!

Работа над шансами клиента на успех, т.е. полное сохранение результатов, варьируется в зависимости от человека, его уникального контекста и предполагаемых изменений. Прогресс Майи отчасти связан с решением ориентироваться на ценности и вступить в профсоюз работников, в котором люди руководствуются теми же мотивами и где есть место для позитивного выражения чувства несправедливости. Оба набора реакций (присоединение к профсоюзу работников и занятия спортом с соседом) поддерживают веру Майи в собственную способность влиять на перемены. И то, и другое уменьшает риск рецидива, связанный с общим чувством гнева и несправедливости. Гнев подтолкнул клиентку к решению о профсоюзе.

Активно задействованный гнев (или его диктат) уменьшился (отсюда двусторонняя связь возбуждения и торможения).

Присоединив новые элементы “Присоединение к профсоюзу работников” и “Утренние тренировки с соседом” (вместе с соответствующими связями с другими факторами), получим рис. 7.5.

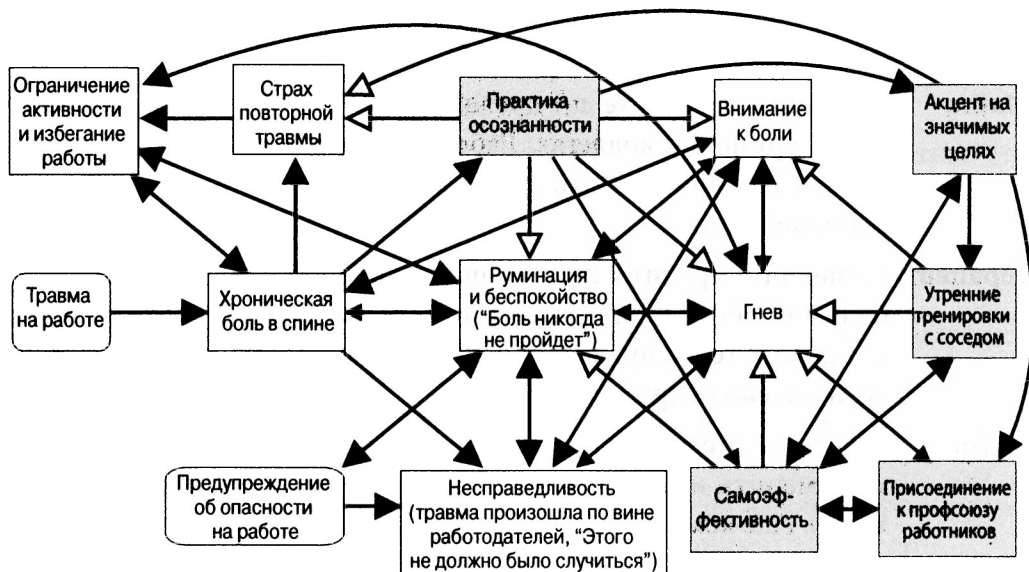


Рис. 7.5. Влияние утренних тренировок с соседом и присоединения к профсоюзу

Благодаря внедрению новых стратегий для решения проблем сетевая модель Майи теперь может коренным образом измениться. Вместо самоусиливающихся петель дезадаптации теперь действуют центральные факторы, способные усиливать адаптивные реакции и адаптивные петли. В результате общее чувство гнева клиентки уменьшается.

Майя не смогла избавиться от хронической боли, равно как и полностью отключить негативные мысли и чувства, связанные с болью и травмой. Но добившись успеха, Майя будет реагировать новыми, более адаптивными способами на свою реальность. Вместо того чтобы быть жертвой обстоятельств, женщина получит возможность активно направлять свою жизнь.

Однако, как будет видно в главе 11, это всего лишь прогнозы, которые необходимо оценить. Если эти прогнозы неверны и стратегии не оказывают ожидаемого воздействия на сеть даже после повторных попыток, терапевт должен быть готов гибко скорректировать подход. Мы снова

вернемся к Майе в главе 11, когда будем обсуждать курс лечения. Там мы проиллюстрируем, как включить данные в процесс лечения, чтобы проверить обоснованность гипотетической сети, а затем переориентировать и пересмотреть подход, гибко применяя подходящие терапевтические методы в данном контексте.

Действие 7.1. Заполните свою схему ЕЕММ до конца

Вернемся к проблеме, которую вы выявили в своей жизни. Основываясь на предыдущих действиях (особенно 4.3, 4.4, 6.3 и 6.4), попробуйте заполнить схему ЕЕММ до конца, насколько это возможно в контексте вашей проблемы. В первую очередь займитесь дезадаптивными процессами. Помните, что иногда сохранение и контекстуальный контроль затрагивают проблемы в других строках (например, измерения и уровни).

	Вариативность	Отбор	Сохранение	Контекст
Аффект				
Когниция				
Внимание				

Окончание таблицы

	Вариативность	Отбор	Сохранение	Контекст
Селф				
Мотивация				
Открытое поведение				
Биофизиологический уровень				
Социокультурный уровень				

Пример

	Вариативность	Отбор	Сохранение	Контекст
Аффект	Я отказываюсь от социальных ситуаций, которые могут расстроить меня	Сначала чувствую себя лучше, но уже очень скоро начинаю переживать по поводу следующей подобной ситуации	Страх становится сильнее всякий раз, когда я руководствуюсь им	Моя позиция подкреплена моим опытом, фокусом внимания и действиями
Когниция	Я думаю, что поставлю себя в неловкое положение и не понравлюсь людям	При достаточной осторожности я могу контролировать ситуацию	Независимо от реакции других, нужно сохранять бдительность, чтобы не поставить себя в неловкое положение	Моя позиция подкреплена моим опытом и действиями
Внимание	Я внимательно слежу за признаками надвигающейся тревоги	Так я чувствую себя в большей безопасности и менее уязвимым, даже если это мешает моим достижениям	Независимо от происходящего, нужно сохранять бдительность, чтобы убедиться, что я не поставлю себя в неловкое положение	Моя позиция подкреплена моим опытом, эмоциями и телесными ощущениями
Селф	Я считаю себя "неудачником"	Отвергая себя, я смягчаю неприятие со стороны других	Я поступаю только так, как диктует мое самовосприятие	Моя позиция подкреплена моим опытом, фокусом внимания и действиями
Мотивация	В первую очередь я забочусь о том, чтобы не осрамиться. Я хочу нравиться окружающим	Хочу чувствовать себя в безопасности и быть оцененным по достоинству	Независимо от реакции окружающих, нужно сохранять бдительность, чтобы не поставить себя в неловкое положение	Моя позиция подкреплена моим опытом, фокусом внимания и действиями

Окончание таблицы

	Вариативность	Отбор	Сохранение	Контекст
Открытое поведение	Я слишком усердствую и стараюсь быть веселым либо убегаю домой	Я хочу нравиться или избежать чувства обиды от отказа	Независимо от реакции окружающих, я должен проявить себя или избежать боли	Моя позиция подкреплена моими чувствами, самовосприятием и мотивацией
Биофизиологический уровень	Все внутри меня сжимается, сердце бьется быстрее, я начинаю нервничать	Мое тело готовится к неминуемой опасности	Эти ощущения становятся все сильнее, когда страх проходит	Моя позиция подкреплена моими чувствами, действиями и мыслями
Социокультурный уровень	В подростковом возрасте я понял, что люди делятся на две категории: "победители" и "неудачники"	Черно-белое восприятие мира обеспечивает мне ложное чувство безопасности	Эти убеждения укрепляются всякий раз, когда я поступаю в соответствии с ними	Моя позиция подкреплена моими действиями, опытом и чувствами

До сих пор мы рассматривали инструменты, занимающие центральное место в основанной на процессах терапии: сетевой подход и ЕЕММ, включая шесть психологических измерений (когниция, аффект, внимание, селф, мотивация и открытое поведение), два уровня (биофизиологический и социокультурный) и четыре критические характеристики (вариативность, отбор, контекст и сохранение). Мы применяли эти инструменты к клиническим случаям и с помощью практических действий — к проблеме, которую вы выявили в своей жизни. Далее рассмотрим более подробно процессы изменений, механизмы, необходимые для того, чтобы терапия была успешной.

ГЛАВА 8

Подробнее о процессах

Процессы в жизни клиента формируют и определяют его реальность. Когда процессы адаптивны, клиент приближается к своим целям и стремлениям на пути к здоровой, счастливой и полноценной жизни. Однако с дезадаптивными процессами клиент сбивается с курса, приобретает саморазрушительные привычки и приносит в свою жизнь боль, страдание и сожаление. В терапии, основанной на процессах, мы стремимся помочь клиенту разрушить старые дезадаптивные процессы и вместо этого построить новые адаптивные, которые служат его истинным значимым интересам.

Уже говорилось о роли процессов в развитии клинических трудностей, но теперь пришло время взглянуть на процессы в контексте терапии. На какой процесс следует нацелить то или иное терапевтическое вмешательство? Как измерять соответствующие процессы и отслеживать их прогресс? Как меняется функциональный анализ, когда меняются процессы внутри него? И как встроить новые адаптивные процессы в самоподдерживающиеся сети?

Рассмотрим эти и другие вопросы далее. Для этого вернемся к случаю Джули. Напомним, что Джули трудно постоять за себя. Ее мать пыталась сделать из нее “хорошую девочку”, и теперь Джули часто пытается угодить людям. Она искренне хочет помогать окружающим, что вдохновило ее на профессию врача. Тем не менее иногда Джули способна по-своему отстаивать свои потребности и границы, не чувствуя себя эгоисткой.

У Джули есть муж, который не поддерживает ее, что еще больше усиливает склонность клиентки избегать трудных разговоров. На рис. 8.1 представлена сетевая модель Джули.

В центре клинической ситуации Джули находятся ее проблемы с отстаиванием своих интересов. Этот элемент усилен множеством других факторов и еще больше подпитывает дезадаптивные убеждения, поведение и динамику отношений. Таким образом, цель терапии — ввести новые адаптивные факторы и разрушить старые дезадаптивные, чтобы Джули

На этот первый набор вопросов (столбцы ЕЕММ) отвечает динамическая взаимосвязь между элементами случая. Другими словами, если мы выбрали ключевые узлы и отношения, то на первый набор вопросов отвечает сама сеть. Но обратите внимание на слово “если”: как терапевту напомнить, что лучше выбирать ключевые узлы и связи?

Далее будем использовать инструмент, который, по нашему мнению, помогает и обладает рядом преимуществ. Например, обеспечивает согласованность в том, как мы используем сети для проведения функционального анализа на основе процессов, а также служит напоминанием и позитивным толчком при выборе особенностей случая для отслеживания. Взгляните на рис. 8.2.



Рис. 8.2. Таблица ЕЕММ

Таблица ЕЕММ представляет собой набор квадратов, представляющих различные измерения и уровни ЕЕММ. Цель таблицы — создать согласованную сеть для конкретного клиента. Таблица позволит разным терапевтам (независимо от их терапевтической ориентации) вывести одну и ту же (или очень похожую) схему проблемы клиента. Для этого важно использовать собственные слова клиента, описывающие проблему (вместо того, чтобы интерпретировать отчет клиента на ранней стадии), и быть как можно более конкретным (т.е. спрашивать о реальных событиях, мыслях, поведении и т.д.). Эта информация представляет ключевые узлы проблемы, включая любые модераторы и другие контекстуальные факторы, шесть психологических измерений, а также биофизиологический и социокультурный уровни. Таблица поможет терапевту держать ЕЕММ в уме по мере развития сети. Не все квадраты обязательно должны включать узел для каждого клиента, но пустой квадрат может указывать на то, что терапевт забыл изучить важное измерение.

Таблица — это вспомогательное средство, а не выбитый на камне завет. Иногда она ограничивает количество вариантов размещения узлов и сужает графическую простоту сети, но эти моменты всегда можно разрешить простым способом: изменить расположение квадратов. Рекомендуем использовать таблицу на начальном этапе работы, чтобы убедиться, что функциональный анализ, основанный на процессах, охватывает все аспекты, прежде чем упрощать его.

Если использовать таблицу ЕЕММ для случая Джули, это изменит ее сетевую модель, как показано на рис. 8.3.

Внимательно рассмотрите его и сравните с рис. 8.1. Как таблица изменила структуру и внешний вид модели, оставив узлы и стрелки прежними? В дальнейшем мы продолжим использовать таблицу ЕЕММ для отображения сетевых моделей клиента, помещая каждый узел в соответствующую область таблицы.

Напомним, что диагностика, основанная на процессе, состоит из нескольких этапов. Они включают в себя создание модели, которая может организовывать процессы в рамках ЕЕММ, а затем ориентироваться на сами процессы. Это означает, что мы организуем функции сети в известные процессы изменений и модераторов в соответствии с целями клиента. В частности, фокусируемся на самоусилиющихся связях и подсетях в рамках более крупной сети и по мере возможности полагаемся на эмпирически установленные взаимосвязи. На последующих этапах измеряем процессы и результаты по мере необходимости и, основываясь на этих данных,

пересматриваем сеть и меняем ее в нужных местах. Функциональный анализ, основанный на процессах, включает в себя ряд мер, требующих многократного возвращения к сетевой модели и корректирования отдельных элементов до тех пор, пока клиент не внесет изменения. Но прежде чем изменения станут возможными, нужно знать, с чего начать.

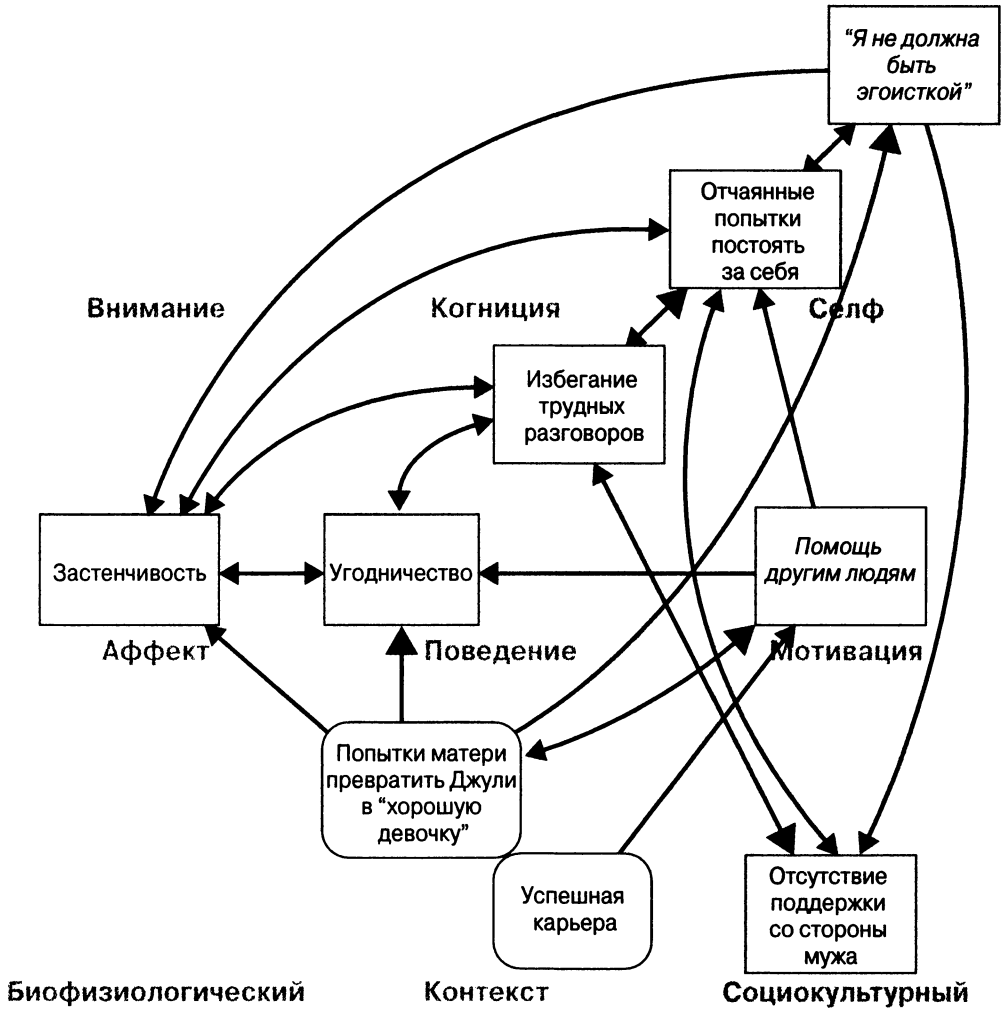


Рис. 8.3. Сетевая модель Джули в таблице EEMM

Определение соответствующих процессов

Не все процессы в сетевой модели одинаково важны. В зависимости от трудностей, потребностей и желаний клиента некоторые процессы играют первостепенную роль, в то время как другие не столь значительны. Центральный процесс в значительной степени отвечает за поддержание трудностей и облегчение борьбы клиента, а также активно мешает клиенту продвигаться к своим целям и главным интересам. Понимание роли отдельных процессов не только дает терапевту представление о ситуации клиента, но и подсказывает, с чего лучше всего начать терапевтические вмешательства. Хотя процессы у разных клиентов всегда будут отличаться, существуют некоторые эмпирические правила, которым можно следовать.

Процессы в сетевой модели бывают двух разновидностей: исходные и поддерживающие. *Исходные* процессы помогают объяснить, как возникла проблема, в то время как *поддерживающие* проливают свет на факторы ее удержания. В работе с клиентом мы заинтересованы и в том, и в другом. Тем не менее, как бы ни было важно понять механизм возникновения проблемы, гораздо важнее знать, что ее подкрепляет. Раскрывая эти аспекты, мы углубляемся в текущую ситуацию клиента и получаем знания, необходимые для разрушения его трудностей. Исходные процессы, с другой стороны, релевантны только в той степени, в какой они соответствуют текущей ситуации. Поэтому особое внимание уделено процессам поддержания.

Например, в случае Джули ее мать пыталась сделать из нее “хорошую девочку”, из-за чего у Джули возникла потребность нравиться людям. Хотя, безусловно, это объясняет, как у Джули возникла эта конкретная проблема, процесс нельзя отменить, поскольку нет никакого способа вмешаться в прошлое. Это печальная реальность любого клиента с трудным опытом в прошлом. Тем не менее вполне возможно вмешаться в настоящее время, нацелившись на процессы, которые поддерживают проблему Джули. Например, убедить Джули добровольно начинать трудные разговоры и практиковаться в отстаивании своих интересов. Таким образом, клиентка научится обходить свою потребность угождать, независимо от прошлого опыта с матерью. Любой процесс, поддерживающий проблемы Джули в настоящий момент, хорошо подходит в качестве мишени для терапевтических вмешательств, если ведет к адаптации. Короче говоря, выбирая, какому процессу отдать приоритет в терапии, выбирайте поддерживающие процессы.

Иерархия процессов и “клиент не меняется”

Некоторые процессы охватывают другие. Например, сострадание к себе рассматривается как отдельный процесс, но его также можно разложить на доброту к себе, осознанность и чувство общечеловеческой общности — признание того, что страдание является частью человеческого опыта. Таким же образом можно разложить на более мелкие части разрушительные процессы. Разветвление на подпроцессы называется *иерархией процессов*. Просматривая сетевую модель клиента, обратите внимание на *суперсети процессов*, будто зонтики, под которыми собрались второстепенные процессы.

Расформируйте их. Разбирая суперсеть, терапевт глубже проникает в опыт клиента, учитывая всю сложность и многогранность случая клиента. Некоторые процессы могли настолько укорениться в образе жизни клиента, что кажутся неподвластными никакому клиническому вмешательству. Однако, как только эти процессы будут расформированы, терапевт увидит отправную точку какого-нибудь подпроцесса, который можно подвергнуть изменениям. Шаг за шагом продвигаемся к более крупным процессам.

Например, предположим, что клиент придерживается политической и культурной идеологии, которая подчеркивает необходимость контроля, но имеет проблемы в отношениях, которые проистекают именно из этой модели. Может оказаться неэффективным оспаривать всю систему убеждений, но, разобрав нагромождение процессов, увидите, что она состоит из отдельных практик, и только некоторые из них мешают целям клиента. Часть элементов, в свою очередь, может оказаться довольно восприимчивой к изменениям.

Приведем пример. В классике американского кинематографа “Американская история Икс” актер Эдвард Нортон сыграл неонациста, который строго придерживался идеологии ненависти и насилия. Однако, подружившись с заключенным-афроамериканцем и став мишенью для арийского братства, он постепенно дистанцируется от своих ненавистных убеждений. Изменение во взглядах произошло не в одночасье, а постепенно, и основные убеждения персонажа Нортон подвергались сомнению раз за разом благодаря новому опыту. События разрушали столпы, на которых держалась его идеология. Хотя подобные истории редко случаются, но все же они реальны и всегда начинаются с маленьких, незаметных моментов.

Аналогичным образом иерархии дезадаптивных процессов собираются в паттерны, о которых говорят так, как будто клиент не может измениться (“расстройства личности” были бы классическим и распространенным

примером). Подход, ориентированный на процесс, указывает в таких случаях выход.

Доступность процессов изменений

Как продолжение того же мышления, некоторые процессы лучше подходят для целенаправленной терапии просто потому, что они более доступны. Клиент охотнее работает в этой области, а изменения в процессах в одной области приводят к здоровым изменениям в другой. Например, после истории насилия у клиентки глубоко укоренилось убеждение, что она ничего не стоит. Прямое вмешательство, скорее всего, непрактично и бесполезно, потому что клиентка откажется напрямую работать над тяжелым опытом. Вместо этого практикование навыка толерантности к стрессу — доступная альтернатива и может открыть путь для более серьезной работы в будущем. Вот причина, по которой мы определяем иерархию процессов в первую очередь: расформирование суперсети процессов на подпроцессы делает их доступнее.

Существуют определенные критерии, которые определяют доступность процесса. Поддается ли процесс терапевтическим вмешательствам? Согласен ли клиент? Достаточно ли у вас необходимых технических знаний? Позволяет ли вам обстановка и вид работы делать вмешательства? Все эти вопросы необходимо учитывать во время анализа доступности процесса. Возможно, вы имеете дело с клиентом, чей культурный процесс связан с системой убеждений, с которую ему не хочется работать. Он мог бы работать над своими эмоциями, но не согласен затрагивать историю детства. Иногда барьером является предел возможностей клиента, и его необходимо устранить напрямую (например, «Нам придется иметь дело с этим, иначе мы не сможем добиться прогресса»). В других случаях барьер — это ситуация, например, когда страховка не покрывает определенную программу лечения. Какой бы ни была преграда, важно определить ее и найти обходные пути.

Измерение соответствующих процессов

В терапии нужно знать направление. Терапевту нужно знать, действительно ли он помогает клиенту добиться прогресса в достижении его целей или вы просто ходите кругами. Только с надежной обратной связью можно охарактеризовать происходящее, именно поэтому необходимо отслеживать важные процессы.

Как мы уже обсуждали, вы хотите сосредоточиться на процессах, которые имеют центральное значение для проблем клиента и доступны для клинических вмешательств. После того как соответствующий этим критериям процесс найден, выберите конкретный аспект этого процесса. Например, клиенту, который часто переезжает, чтобы справиться с мыслями о своей никчемности, лучше всего поможет отслеживание его мыслей о саморазрушении. Хотя эта крайне непростая задача, ею необходимо заняться, если функциональное воздействие мыслей о саморазрушении имеет центральное значение для дезадаптивного поведения клиента (например, переедания). Но для другого клиента со схожей проблемой может потребоваться другая стратегия. Сетевой анализ и оценка помогут выбрать соответствующие процессы, отслеживать которые имеет наибольший смысл.

Метод измерения должен быть надежным и удобным для клиента. Это повышает вероятность того, что полученные данные будут одновременно точными и полезными. Популярным методом измерения является самоотчет, но нам нужно выйти за рамки обширных психометрических инструментов, задуманных для периодического использования, и перейти к единичным или очень коротким измерениям, которые можно проводить часто и увязывать с содержанием. Некоторые из них сформированы путем отбора элементов с высокой факторной нагрузкой в существующих тестах. Широкий спектр таких мер становится доступным. Интервалы оценки должны быть достаточно короткими, чтобы оценить вариабельность, но достаточно редкими и охватывать длительный промежуток времени, чтобы фиксировать существенную последовательность, не обременяя клиента.

Поведение во время сеанса — это готовый источник информации. Благодаря достижениям в области автоматической генерации и подсчета баллов по результатам лечения терапевту не составит труда оценить рассказ клиента о себе, а ведь это также способ оценить процессы изменений [19]. Кроме того, доступны простые биофизиологические измерения с помощью смартфона.

Теперь вернемся к Джули. Главными причинами трудностей являются ее борьба за свои интересы, склонность избегать сложных разговоров и привычка угождать людям ценой заботы о себе. Эти факторы в настоящее время мешают ей сдвинуться с точки. Все они вращаются вокруг мысли о том, чтобы не быть эгоисткой. В следующем фрагменте беседы терапевт порекомендует ей отслеживать мысли, подталкивающие к саморазрушению, и предложит метод, как это лучше всего сделать.

Заметить мысли Джули

Терапевт. Похоже, что ваши мысли и то, как вы думаете о себе, играют первостепенную роль в вашей борьбе за то, чтобы постоять за себя. Правильно?

Джули. Да, наверное, это так. Просто ничего не могу с этим поделать.

Терапевт. Я знаю, с мыслями совладать нелегко. Иногда кажется, что у них есть свой собственный разум. Они просто приходят и уходят, когда им заблагорассудится, не обращая особого внимания на то, хотим мы их на самом деле или нет.

Джули. Да, иногда действительно так кажется.

Терапевт. Итак, я не предложу вам перестать думать о том, о чем вы думаете, потому что разум устроен по-другому. Вместо этого нужно точно знать, как часто ваш разум обращается к этим мыслям, из-за которых вам трудно постоять за себя. Вы готовы?

Джули. Да. Как мы это сделаем?

Терапевт. У меня есть задание для вас на следующую неделю. Я хотел бы заглянуть внутрь вашего мира, чтобы увидеть, как разум поднимает вопрос “эгоизма” и мешает ли вам эта и другие мысли постоять за себя. Речь идет о любых мыслях, в которых вы плохо отзываетесь о себе или толкаете себя за пределы здоровых границ.

Джули. Ладно, думаю, это мне под силу.

Терапевт. Отлично! Чтобы упростить для вас эту задачу, хочу предложить вам воспользоваться телефоном. Не бегать же вам повсюду с ручкой и блокнотом в руке.

Джули (*смеется*). Да, телефон всегда где-то поблизости.

Терапевт. Прекрасно. Есть простое приложение, которое будет срабатывать примерно четыре-пять раз в день в любое установленное нами время. Я пришлю вам ссылку, и мы сможем изменить время, но прямо сейчас установлен промежуток с 9 утра до 9 вечера. Когда телефон зазвонит, я прошу вас просто сказать, приходила ли вам в голову мысль об эгоизме за последние десять минут. Если да, то насколько правдоподобна была эта мысль по шкале от “совсем нет” до “полностью”. Если у вас была какая-либо другая мысль, доставляющая неприятности в области отстаивания

своих интересов, можете оценить ее правдоподобность тоже. Наконец, приложение также спросит, вы прямо сейчас одна или с кем-то и ведете ли вы разговор о чем-то важном для вас, положительном или отрицательном. Выполнимо, не так ли? Вся процедура занимает менее минуты четыре или пять раз в день.

Джули. Да, постараюсь. Думаю, иногда момент будет действительно неподходящий, но во всех остальных случаях я попробую.

Терапевт. Чудесно! Ничего страшного, если пропустите несколько проверок. Сосредоточимся на этом типе мыслей и их функционировании в ближайшие семь дней.

При использовании этого инструмента обязательно предоставьте веское обоснование его преимуществ, чтобы клиент понял, почему и что вы собираетесь измерять.

Плюс самоконтроля заключается в том, что само измерение мотивирует к изменениям. Джули может оказаться легче справиться со своими проблемами, просто став более осознанной в мыслительном процессе и зная, что терапевт будет отслеживать эти связи. Вместо того чтобы бездумно следовать командам выработанных мыслей, Джули создаст здоровую дистанцию между собой и своим мышлением, ослабив самокритичность некоторых мыслей типа “Я не должна быть эгоисткой”. Все эти факторы (например, “Избегание трудных разговоров”, “Отчаянные попытки постоять за себя”) вызывают мысли о саморазрушении, и это повод записать их (следовательно, связи в этом направлении являются возбуждающими).

Добавив “Запись саморазрушительных мыслей” в качестве нового узла (вместе с его связями с другими узлами) в сетевую модель Джули и поместив ее в когнитивное измерение таблицы ЕЕММ, получим рис. 8.4.

Новый узел в сетевой модели Джули не только даст нам лучшее представление о ее проблемах (поскольку получим лучшее представление о типе мыслей, которые беспокоят Джули, а также об их частоте), но и повернет устоявшиеся процессы к адаптивным изменениям. Таким образом, метод измерения расценивается также как вмешательство, хотя это относится не ко всем методам измерения. На следующем сеансе Джули и терапевт воспользуются вновь приобретенными знаниями и соответствующим образом скорректируют свой подход. Вот тут вступают в дело медиаторы.

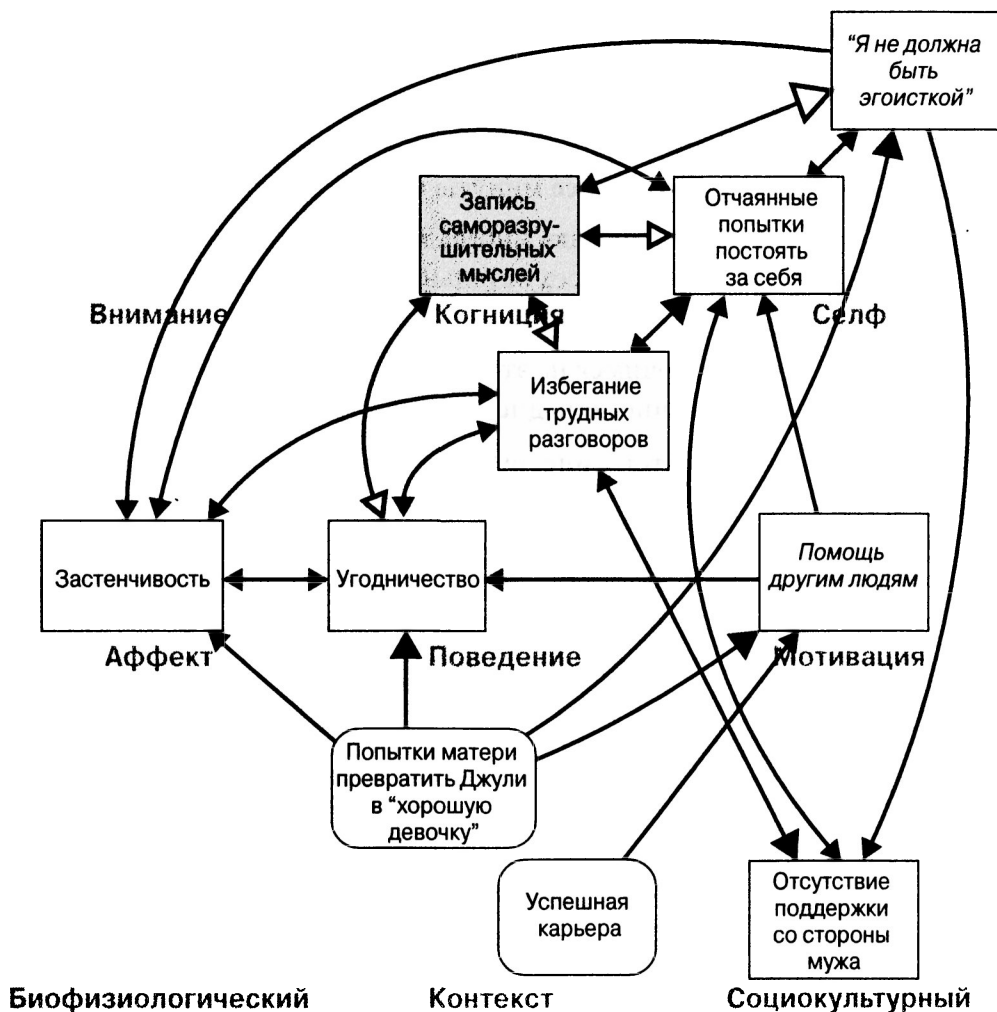


Рис. 8.4. Эффект записи саморазрушительных мыслей Джули

Выбор медиаторов

Существует бесчисленное множество различных подходов, благодаря которым терапевт помогает клиенту преодолеть затруднения помехи на пути к выздоровлению. С целью упростить задачу мы составили неполный список особенно важных процессов изменений, когда клиент застрял в определенном измерении (когниция, аффект, внимание, селф, мотивация и поведение) или на каком-то уровне (биофизиологическом или социокультурном) ЕЕММ. Этот список основан на масштабном метаанализе

огромного количества научной литературы о медиаторах изменений в ментальном и поведенческом здоровье [15].

Медиаторы являются функционально значимым путем достижения результатов, которые были изменены с помощью вмешательств и имеют отношение к заключениям контроля терапии. Короче говоря, это процессы изменений с доказанной эффективностью. Мы в шутку назвали этот большой метаанализ медиаторов проектом “Звезда смерти”, потому что, как и искусственная планета в фильмах “Звездные войны”, проект был гигантским, на его создание ушла вечность, и, по нашему мнению, он может серьезно нарушить текущее состояние вещей.

Мы включили все позитивные психотерапевтические вмешательства (экспериментальные исследования), а также все психотерапевтические ориентации и основные терапевтические результаты, в которых были выявлены значимые медиаторы в рандомизированных испытаниях психосоциальных методов по сравнению с обычной терапией или ее отсутствием вообще. Используя очень широкие критерии поиска, мы определили почти 55 тыс. потенциальных исследований. После их изучения многочисленными специалистами получено почти 110 тыс. независимых оценок. Было определено примерно 1500 статей, потенциально соответствующих критериям медиации.

Мы потратили много часов на чтение и категоризацию исследований и составили следующую таблицу (табл. 8.1). Вы увидите, какой процесс изменений, организованный по измерениям и уровням ЕЕММ, чаще всего оказывался эффективным. Обратите внимание, что этот проект еще не завершен, поэтому таблица не окончательна. Она также не является исчерпывающей, поскольку существует гораздо больше эффективных процессов изменений, чем показано здесь. Мы просто изобразили три наиболее эффективных медиатора согласно измерению и уровню, которые в настоящее время указаны в наших данных (исключая медиаторы, которые просто обозначали ярлыками, например исследования, показывающие, что “аффект” был медиатором). Кстати, все это перечислено со слов авторов каждого исследования, без наших собственных теоретических идей.

Эту таблицу можно использовать в качестве справочного руководства с целью определить способ вмешательства, когда клиент застрял в определенной области. Если хотите выбрать аспект, не представленный в данной таблице, не сдерживайтесь. Как упоминалось ранее, таблица не является ни окончательной, ни исчерпывающей. Рассматривайте ее как полезный инструмент, содержащий рекомендации, а не как свод строгих правил.

Таблица 8.1. Список распространенных медиаторов

Измерение	Когниция	1	Убеждения
		2	Когнитивное разделение
		3	Когнитивная переоценка
	Аффект	1	Принятие
		2	Тревожность
		3	Самосострадание
	Внимание	1	Осознанность
		2	Руминация и беспокойство
		3	Осторожное поведение
	Селф	1	Самозффективность
		2	Саморегуляция
		3	Религиозность, духовность
	Мотивация	1	Ценности
		2	Намерения
		3	Цели
	Поведение	1	Навыки преодоления трудностей
		2	Поведенческая активация
		3	Избегание
Уровень	Биофизиологический	1	Нейрофизиология
		2	Питание
		3	Спорт
	Социокультурный	1	Воспитание детей
		2	Социальная поддержка
		3	Терапевтический альянс

При анализе сетевой модели Джули становится ясно, что ее проблемы относятся в первую очередь к сфере поведения, где она изо всех сил старается постоять за себя, понравиться людям и избегает трудных разговоров. В табл. 8.1 показано, что навыки совладания, избегание и поведенческая активация являются тремя наиболее распространенными поведенческими посредниками изменений.

В случае Джули откровенное избегание, по-видимому, играет особую роль, поскольку ее проблемы сосредоточены на социальном контексте и бросают вызов ее самооощению как “хорошей девушки”. В дальнейшем терапевту следует следить за тем, в какой степени Джули проявляет избегающее поведение. Пример в следующем фрагменте беседы.

Терапевт. Я просматривал записи ваших мыслей и обнаружил сильную взаимосвязь.

Джули. Что вы нашли?

Терапевт. Если, находясь в компании с кем-то, вы поймали себя на мысли “Я эгоистка” или что-то вроде этого, вы с гораздо большей вероятностью *не* будете говорить ни о чем важном. Исходя из ваших рассказов, в такой ситуации шансы говорить о негативных важных вещах у вас снижаются в пять раз. Вот пример. Когда у вас возникает мысль “Я эгоистка”, у вас в два раза больше шансов не говорить о положительных событиях или переживаниях по сравнению с тем, когда у вас нет этой мысли. Похоже, что мысль работает по принципу выключателя, который отключает доверительные разговоры о хорошем или плохом.

Джули. Я могла догадаться, что это происходит с негативом, но удивлена услышать, что положительные переживания постигает та же участь. Мне стоит поразмыслить об этом. Почему же так? Что я делаю?

Терапевт. Не уверен, но поскольку судьба “хороших” разговоры удивила вас, начнем с этого. Думаю, нам нужно больше информации. Попробуем осознать, когда это происходит и как часто.

Джули. Я готова.

Терапевт. Придумайте позитивный разговор, которого могли бы избежать и который мог бы быть каким-то образом связан с мыслью “Я эгоистка”. Например, с вашим мужем.

Джули (*после паузы*). Странные ощущения, но у меня есть идея. Он занимается детьми, когда я прихожу домой уставшая. Это так мило, я благодарна ему, но на самом деле никогда не говорила этого вслух. Это так трогательно (*слезы в глазах*). Он хороший человек. Наверное, вы думаете иначе, поскольку он не поддержал мое решение поехать на конференцию... но он не может просто посчитать меня эгоисткой из-за желания посетить конференцию. Он никогда не говорил так. Можно сказать, он считает совсем иначе, например, когда называет меня “угодницей”. Замечая, что он хорошо справляется с детьми, я чувствую себя виноватой, и тогда снова приходят эти мысли: я эгоистка. Мне действительно нужно постоять за себя. Правда. Но кажется, что иногда трудно даже *быть* собой, пускай речь и идет о чем хорошем.

Терапевт. Не могли бы вы сознательно попытаться провести хотя бы два позитивных разговора со своим мужем на следующей неделе? Особенно постарайтесь выбрать темы, которые имеют эту неожиданную связь с мыслью “Я эгоистка” в вашем сознании. Попробуйте сознательно поблагодарить мужа за то, что он хорошо заботился о детях. Всеми силами поддерживайте беседу, оставаясь при этом максимально открытой. Затем сразу после разговора опишите его в дневнике. Просто пишите обо всем. Обсудим ваш опыт на следующей сессии.

Джули. Хорошо. Я все сделаю.

Это пример поведенческой экспозиции. На данный момент целью остается стремление Джули постоять за себя, но его можно трансформировать в способ быть более искренним (как быть более правдивой версией Джули). Записывая в дневник это упражнение, подрывающее практику избегания, Джули получит шанс лучше осознать функции своего избегания, пролить свет на автоматические привычки и активно влиять на качество своих отношений и выбирать, кем она в них является. Обратите внимание: впервые Джули призналась, что не уверена в том, почему ее муж не хочет, чтобы она ехала на конференцию — этот разговор еще не состоялся. Если позитивные беседы пройдут успешно, на горизонте появится более трудный разговор, подобный этому. Если добавить “Дневник позитивных разговоров с мужем” в качестве нового узла (и его связей) в сетевую модель Джули и поместить его в измерение поведения, получится рис. 8.5.

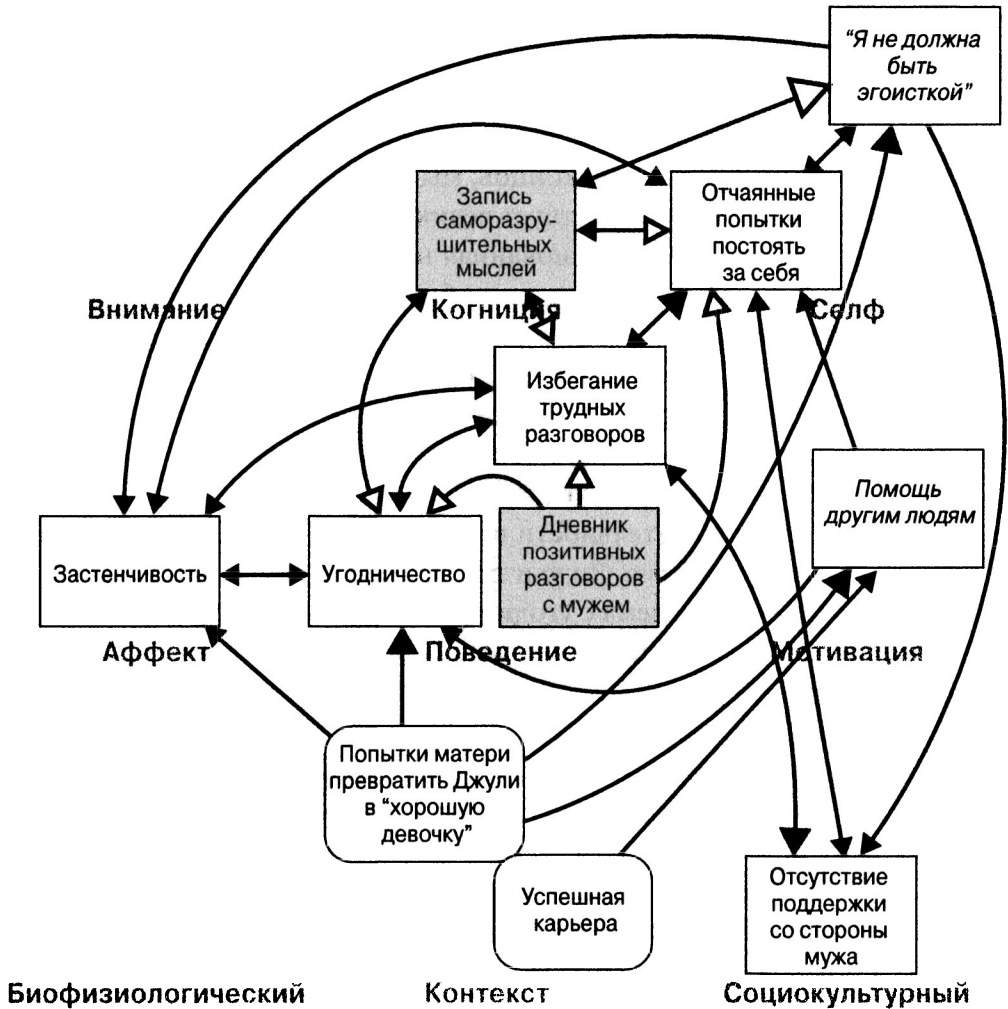


Рис. 8.5. Эффект ведения дневника позитивных разговоров с мужем

Джули согласилась описать впечатления от двух позитивных доверительных бесед со своим мужем в ранее избегаемой области, которая вызывает мысли об эгоизме. Обратите внимание, что ни одно из вмешательств напрямую не затрагивает ее чувства застенчивости. Хотя эти ощущения неприятны и подпитывают дезадаптивные процессы, они имеют лишь второстепенное значение. Терапевт Джули ориентируется на ее поведение, мысли и самовосприятие, которые вместе с робостью в присутствии других в результате тоже изменятся — медленно, но неуклонно. Мы ввели в сетевую модель Джули дополнительный элемент, который поддерживается существующими узлами и ослабляет дезадаптивные структуры. На

следующем сеансе терапии Джули сообщит о том, что произошло, и, основываясь на этих впечатлениях, терапевт и клиентка примут решение о переходе вмешательства на следующий уровень (предположительно, расширяя упражнение по поведенческой экспозиции) или договорятся пробовать другие методы. В конце концов, мы описали всего лишь один подход, тогда как маршрутов существует великое множество.

В конечном счете терапия, основанная на процессах, всегда направлена на цели клиента. Хотя у терапевта могут быть свои соображения о том, что лучше для клиента, именно клиент решает, что важно и каких результатов он надеется достичь. Часто первой целью клиента является избавление от трудностей (депрессия, тревога, зависимость и т.д.). Когда в центре внимания находятся процессы изменений, очень часто на сеансах появляется новое видение клиента. Пока нет уверенности, но Джули находится на пути к решению проблем доверительности в отношениях или общении. Ослабив влияние мыслей об эгоизме, Джули вполне может пробиться к собственной подлинности, и проблема с угодничеством отойдет на второй план.

Мы не хотим, чтобы клиент возвращался к терапии; вместо этого мы желаем для него самодостаточности. С целью помочь клиенту достичь этой точки терапевт дает ему возможность сформировать свою сеть не только адаптивным способом, но и самоподдерживающимся. Это означает, что сетевая модель клиента формируется таким образом, чтобы установленные факторы влияли на адаптивные процессы, в то время как дезадаптивные были лишены поддержки. Эта задача может быть более или менее трудной в зависимости от сложности ситуации клиента, его проблем и целей. Иногда удается превратить дезадаптивные процессы сетевой модели клиента в адаптивные в том же измерении и на том же уровне, но нужно быть внимательным к тому, как изменения в одной области влияют на другие части сети. Увеличив масштаб процессов, терапевт определяет наиболее важные из них, которые приведут к эффективным изменениям.

Действие 8.1. Адаптивные процессы

Вернемся к проблемной области, которую вы определили в собственной жизни. Основываясь на ответах в действии 7.1 (полная дезадаптивная схема ЕЕММ), обратитесь к списку медиаторов из табл. 8.1 и вставьте в таблицу ниже адаптивные формы процессов, которые необходимо усилить в вашем конкретном случае. Кратко отметьте хотя бы одну причину для этого решения.

	Адаптивные процессы, которые нужно подкрепить (и почему)
Аффект	
Когниция	
Внимание	
Селф	
Мотивация	
Открытое поведение	
Биофизиологический уровень	
Социокультурный уровень	

Пример

	Адаптивные процессы, которые нужно подкрепить (и почему)
Аффект	Принятие. Не избегая пугающих ситуаций, я могу научиться эффективно справляться с ними
Когниция	Убеждения. Думая, что ставить себя в неловкое положение и не нравиться другим — это нормально, я буду меньше пытаться избегать и того, и другого
Внимание	Осознанность. Практикуя осознанность в настоящем моменте, я учусь гибко переключать свое внимание с внутреннего на внешнее
Селф	Самозффективность. Ставя и достигая цели, я возрождаю веру в собственные способности
Мотивация	Ценности. Зная, что действительно важно для меня, я сосредоточиваюсь на действиях в этом направлении, а не руководствуюсь страхом
Открытое поведение	Избегание. Не избегая пугающих ситуаций, я учусь находить из них выход
Биофизиологический уровень	—
Социокультурный уровень	Социальная поддержка. Рассказывая о своих трудностях близким людям, я учусь избавляться от чувства стыда из-за своего страха

Разрушение системы

Осуществить серьезные изменения бывает очень непросто. Как правило, проблемы, с которыми людям нужна помощь, появились давно, поэтому существует сильная взаимосвязь между событиями. Клиенты сталкиваются с множеством проблем, для решения которых найдется дюжина вариантов. До сих пор в этой книге мы имели дело с единичными и одномерными проблемами. Вероятно, рассматриваемая вами проблема в собственной жизни относится к такому же разряду, поскольку вы предприняли целенаправленные действия. Дополнительные позитивные цели часто скрываются за трудностями, и можно надеяться, что однажды там также удастся достичь прогресса.

Именно здесь выявляется преимущество сетевого подхода при рассмотрении системы, из-за которой клиент оказался в ловушке. В этом контексте терапевту нужно подумать о том, как и с чего начать. Подобно шахматисту, планирующему ходы, понимание взаимосвязей, существующих между многими особенностями случая, позволяет вам выбирать цели изменений таким образом, чтобы максимально повысить шансы на успех.

Альтернативные варианты

Практически в каждом случае существует несколько возможных путей продвижения вперед. Доступен целый ряд вариантов — каждый со своими преимуществами и недостатками. Соглашение о плане лечения подразумевает выбор клиента и информированное согласие, но, как практикующий терапевт, вы должны мыслить стратегически и не забывать об альтернативах с максимальными шансами на успех.

Рассматривая различные методы, учитывайте следующие критерии: доступность, центральную роль, компетентность, риск, вероятность изменений и стратегическое позиционирование. В зависимости от соответствия

этим критериям станет понятно, какие меры лучше всего предпринять. Рассмотрим их.

Доступность означает возможность работать над заданной целью, ограниченной ролью, ситуацией и желанием клиента. Профессиональная роль терапевта может удерживать его от решения определенных вопросов. В некоторых системах медицинской помощи проблемы психического здоровья нельзя поручать специалистам по борьбе с наркоманией или алкоголизмом, для этого требуется другой опыт. Психолог, работающий с хронической болью, не отвечает за выполнение физических упражнений или прием лекарств, поскольку эти аспекты находятся под ответственностью других членов персонала. Иногда терапевт работает в условиях, допускающих ограниченное количество сеансов, что делает невозможным углубление в сложные области. Кроме того, сам клиент может ограничить доступ к ним. Скажем, терапевт считает, что роль травмы может оказаться ключевой, но клиент говорит, что не готов противостоять этой проблеме.

Центральная роль характеризуется количеством и силой связей между проблемой, процессом изменений и частями жизни клиента, связанными с ключевыми результатами. С точки зрения свойств сети речь идет о количестве стрелок, входящих в узел сети и выходящих из него. Это своего рода операционное определение центральной роли: на уровне процессов изменений количество стрелок и подсетей вместе с их связями с результатами определяют наиболее центральные процессы.

Компетентность — подготовка терапевта, включающая способность применять методы вмешательства, которые с большой долей вероятности повлияют на процессы изменений. Как специалист, вы можете прекрасно ориентироваться в области когнитивных процессов и слабо представлять, какими методами действовать в измерении аффекта. Работа с ценностями дается вам легко, но вы не так хороши в когнитивном разделении. Конечно, нужно укреплять слабые места, но также важно использовать свои сильные стороны для достижения наилучших результатов, возможных в настоящее время, или направлять клиентов в другое место, если они не могут получить необходимую помощь от вас. В следующей главе вы увидите, что само наше определение “основных компонентов терапии” включает базовые навыки, благодаря которым терапевт оценивает, какие подходы с наибольшей вероятностью будут

успешными в работе с соответствующими процессами в определенном клиническом случае.

Риск означает диапазон возможных исходов и относительной вероятности возникновения ятрогенных эффектов. В качестве точек вмешательства предпочтительнее сосредоточиться на процессах с меньшим риском, как говорил Гиппократ: по крайней мере не навредить.

Вероятность изменений — обратная сторона риска: вероятность существенного улучшения среди ряда результатов. Некоторые процессы изменить сложнее, чем другие, но возможно найти модераторы, которые позволяют корректировать эти оценки на основе фактических данных в зависимости от особенностей клиента и его ситуации. В целом лучше всего выбирать цели (особенно на ранних стадиях) с положительной динамикой.

С вероятностью изменений связан ряд факторов. Процессы, которые закреплялись длительное время, с большей вероятностью будут устойчивыми к терапевтическим вмешательствам. Например, человеку, для которого курение было неотъемлемой частью жизни в течение последних тридцати лет, труднее бросить курить, чем курильщику со стажем в несколько недель. Кроме того, клиенту, который в той или иной форме извлекает выгоду из своей проблемы, труднее предпринять решительные меры к переменам. Например, человеку, который стал инвалидом в результате определенных проблем и поэтому получает финансовые выплаты, может быть труднее измениться в конкретных областях, потому что улучшение состояния означает частичную или полную потерю этой поддержки. То же самое касается социальной поддержки, вопросов культуры, предрассудков, стигматизации и целого ряда подобных проблем, задерживающих перемены.

О **стратегическом позиционировании** часто забывают. Но в некотором смысле это наиболее важная особенность основанного на процессах подхода. Стратегическое позиционирование — вероятность появления следующих вариантов для действий, если в выбранном процессе и целевой области произойдут ожидаемые изменения. Редко бывает, чтобы после одного изменения для терапевта больше не осталось работы. Даже если сеансы прекращаются, важно убедиться, что человек готов к позитивным и необходимым мерам в дальнейшем.

Если клиент участвовал в создании собственной сети (часто это хорошая идея), у терапевта есть прекрасная возможность открыто обсудить с ним различные пути дальнейших действий. Когда вы и клиент придете к согласию относительно того, каким процессом следует заняться, переходите к следующему этапу, а именно обсуждению рисков и преимуществ отдельных компонентов терапии. Подробнее обсудим это в следующей главе.

Прежде чем перейти к конкретным вопросам, воспользуемся моментом, чтобы предостеречь вас от распространенной клинической ошибки. Опасно и бесчеловечно вступать в эту фазу терапии, вооружившись распространенным объяснением неудачи через “сопротивление клиента”, “личность клиента” или другие подобные суждения, которые призваны помочь нам, как специалистам, справиться с болью, ведь невозможно излечить всех и каждого. Эмпирически доказано, что с одними клиентами добиться успеха труднее, чем с другими. Например, клиенты с хроническими, множественными проблемами высокой степени тяжести действительно имеют меньше шансов на успех, чем те, чья жизненная ситуация менее сложна и без хронических осложнений. Возможно, в нашей отрасли еще не знают точно, как справиться с этим фактом, хотя и признают, что научиться этому — наша работа. Скорее всего, вы читаете эту книгу прямо сейчас, потому что серьезно относитесь к своей работе, а значит, вы лучше подготовлены внести свой вклад в будущие решения. Это опасная форма самоуспокоения практикующего терапевта — объяснять тот факт, что успех иногда ускользает от нас, и повесить клинический ярлык на клиента.

Такой подход бесполезен, потому что слишком упрощает сложную проблему и не подталкивает искать дополнительные жизнеспособные стратегии для прогресса клиента. Это также безответственно, потому что отвлекает внимание от собственной способности терапевта реагировать. Вместо этого было бы лучше внимательнее присмотреться к сети клиента и выяснить, какие события и процессы заставили его вернуться к старым привычкам. Также целесообразно совершенствоваться, например расширять терапевтическую компетентность, развивать навыки проведения адекватного функционального анализа на основе процесса или улучшать работу с клиентом и мотивировать изменения. Вина лежит не на моральном недостатке клиента, а на силе и сложности сети связей, в которую он попал. Понимание и решение этой проблемы — наша работа, и если у нас нет необходимых знаний или навыков, приходится расплачиваться за это и вместе работать над ее решением.

Исследование системы

Дальше мы продемонстрируем, как клинические особенности “сетевого мышления” выглядят при разработке стратегии вмешательства, вернувшись к клиенту, с которым познакомились в главе 6. Напомним, Майкл — успешный предприниматель, которого беспокоит затуманенность рассудка по утрам. Сначала он был обеспокоен исключительно тем, как это повлияет на его эффективность на работе, но при более тщательном исследовании был выявлен целый ряд других проблем. Майкл не занимается спортом, у него нездоровые пристрастия в еде, и оба этих фактора стали причиной избыточного веса мужчины. Кроме того, у Майкла проблемы со сном и гипертония. В прошлом он злоупотреблял алкоголем, и хотя бросил пить более пяти лет назад, все еще страдает от последствий алкогольной зависимости. Майкл вырос в относительно бедной семье, откуда перенял определенные ценности, за которые очень крепко держится по сей день. Хотя эти ценности позволили ему построить успешный бизнес, теперь они, похоже, мешают Майклу лучше заботиться о своем здоровье. На рис. 9.1 показана сетевая модель Майкла.

Случай Майкла довольно сложный. Наверное, вы чувствуете, что ему трудно измениться, потому что особенности и процессы усиливаются множеством других особенностей и процессов. Повлиять на изменение в любом узле его сети непросто, потому что почти любой соответствующий процесс подкреплен с нескольких сторон. Более того, Майкл кажется непоколебимым в своей манере ведения дел. В конце концов, именно ей он обязан финансовым успехом. Центральное место в его клинической ситуации занимает идея о том, что “нужно уметь делать это самостоятельно” и “не быть высокомерным”. В разговоре с Майклом стало очевидно, что он твердо придерживается этих убеждений, ведь они позволили ему построить успешный бизнес, а теперь также мешают принимать помощь извне.

Если терапевт решит сосредоточиться на вопросе заботы о себе и физических упражнениях, эти когнитивные проблемы станут центральными. Но, учитывая твердые взгляды Майкла, добиться большей когнитивной гибкости в этой области — напрямую либо косвенно бросая вызов самой когнитивной системе (например, посредством когнитивного разделения) — непросто, потому что его убеждения так щедро окупались в бизнесе. Однако забота о себе и физические упражнения стали бы хорошей отправной точкой, потому что физические упражнения связаны не только

с избыточным весом, но и с “утренним туманом” и, следовательно, с беспокойством насчет работы.

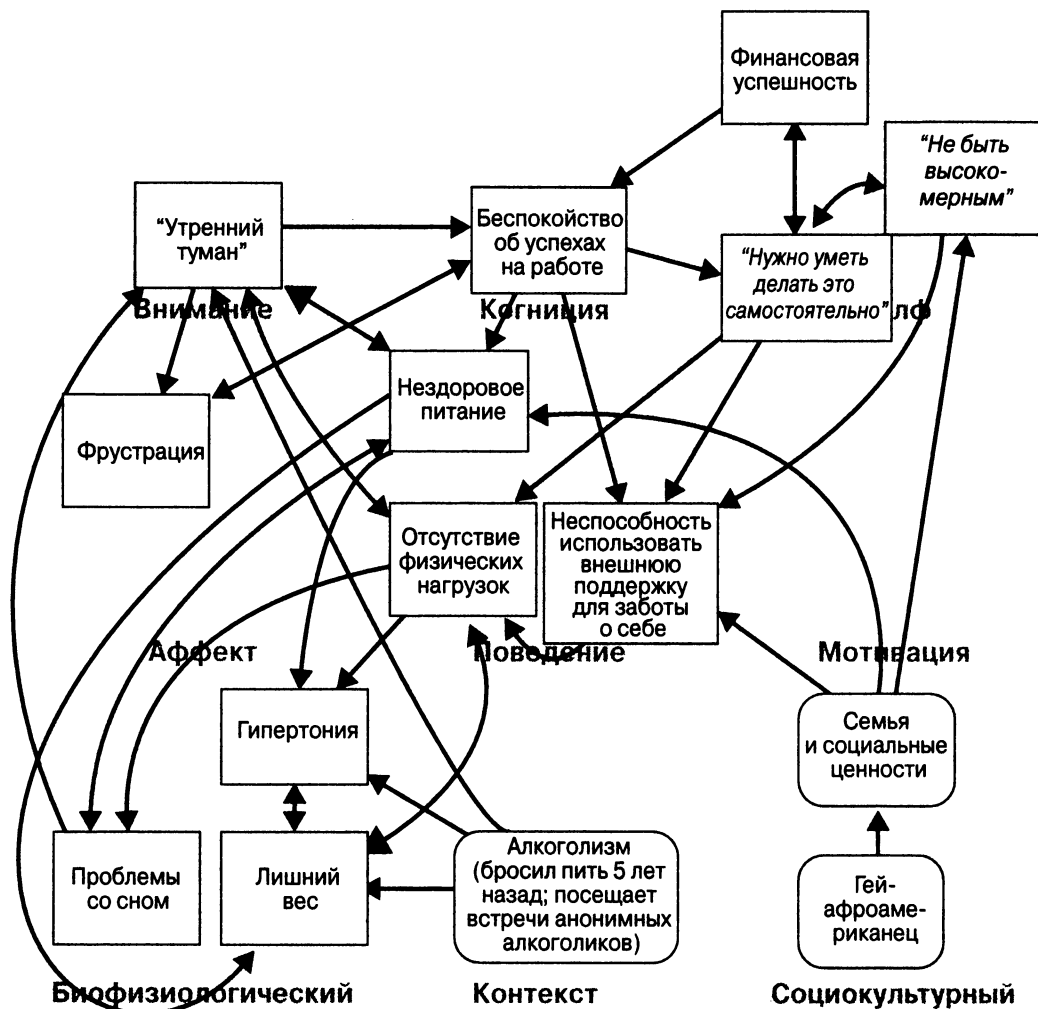


Рис. 9.1. Возвращение к сетевой модели Майкла

Альтернативный путь — попытка уменьшить беспокойство, связанное непосредственно с работой, в надежде, что это повлияет на нездоровое питание. Однако пищевые привычки отчасти уходят корнями в культуру. Терапевт почувствует, как трудно с ними работать, ведь Майкл может быть менее заинтересован в этом культурно обусловленном вопросе, чем в физических упражнениях. Поскольку Майкл афроамериканец, этот момент особенно актуален в работе с терапевтом, который принадлежит к

европеоидной расе. Кроме того, физические упражнения связаны с лишним весом и проблемами со сном. И наоборот, работа с беспокойством насчет работы с целью изменить нездоровое питание не повлияет на вопрос физических упражнений.

Еще одна возможность — сосредоточиться непосредственно на сне, но работа усложняется отношением клиента к спорту и питанию. Кроме того, есть опасения, что Майкл захочет решить проблемы со сном с помощью снотворного, которое скрывает в себе больший риск, чем физические упражнения.

Таким образом, задача терапевта — работать с убеждениями Майкла по поводу его физического здоровья, заботы о себе и спорта. Возможно, стоит обратиться за советом к тренеру или диетологу. Однако прежде чем это произойдет, Майкл должен подготовиться принять помощь извне, когда речь заходит о его здоровье. Он принял помощь психолога (иначе не проходил бы терапию), и, как бизнесмен, он знаком с понятием делегирования полномочий. Мышление в рамках процессов, которые способствовали бы когнитивной гибкости, ведет к разговору другого рода между клиентом и терапевтом, который разрабатывает когнитивное гибкое вмешательство здесь и сейчас.

Забота Майкла о себе

Терапевт. Полагаю, что для ведения бизнеса вам приходится тщательно планировать и осуществлять задуманное.

Майкл. Да, так и есть.

Терапевт. Нетрудно догадаться, что вам также нужно делегировать полномочия своим сотрудникам и полагаться на их сильные стороны и опыт для выполнения работы, на которую у вас нет времени или необходимых навыков, верно?

Майкл. Да, это правда. Куда вы клоните?

Терапевт. У меня сложилось впечатление, что, когда дело доходит до бизнеса, вы кажетесь очень находчивым и без колебаний принимаете помощь от других. Но когда дело касается вашего здоровья, вы настаиваете на том, чтобы всем заниматься самостоятельно.

Майкл. Никогда не думал об этом.

Терапевт. Интересно, возможно ли применить настолько успешный на работе подход к вашим проблемам со здоровьем?

Майкл. Имеете в виду, принять чью-то помощь?

Терапевт. Да. В определенном смысле вы ее уже принимаете от меня, в терапии, потому что приходите на эти сеансы, чтобы я помог вам с “утренним туманом”, верно? Что, если мы применим тот же подход к таким аспектам, как ваша физическая форма или привычки в еде?

Майкл. Понимаю, о чем вы. Хотя, если честно, мне все еще кажется, что в этом нет необходимости. Это уже слишком. Обзавестись тренером? Глупости.

Терапевт. Понимаю. Вы уже некоторое время занимаетесь этими проблемами самостоятельно, не так ли? Итак, если продолжите делать то, что делали раньше, чем все закончиться?

Майкл. Ну, результаты не изменятся (*смеется*).

Терапевт. Я тоже так думаю. Но вы знаете, посторонняя помощь не обязательно предполагает дорогостоящего тренера по фитнесу. Со всем рядом есть круглосуточный недорогой зал. У них постоянно проводятся занятия, бесплатные для членов клуба. Можно присоединиться к какой-нибудь группе или начать тренироваться с другом. Но вы не остров в океане — нет никаких причин не использовать “деловой склад ума” для решения этой задачи.

Майкл. Забавно, что вы упомянули это. Я уже давно заметил это зал и даже думал о том, чтобы присоединиться. У меня даже есть друзья, которые туда ходят! Но стоит об этом задуматься, сразу возникает мысль “Просто сделай это сам”, и размышления обрываются. Но вы правы в одном: на работе я веду себя по-другому. Если мне нужна помощь, я обращаюсь за ней и получаю все необходимое. Я бы ни за что не добился успеха без помощи других.

Терапевт. Пока что вам не обязательно брать на себя какие-либо обязательства, если не чувствуете готовности. Но я хотел бы попросить вас подумать о том, какие меры вы бы начали предпринимать, если бы перенесли деловой подход на свое здоровье. Что бы вы сделали по-другому?

В этом фрагменте беседы терапевт посоветовал Майклу подойти к его проблемам со здоровьем как к бизнес-задаче. Это когнитивная техника рефрейминга, т.е. переосмысления ситуации с целью развития нового способа мышления о ней. Поскольку Майкл знает, как делегировать полномочия и когда обращаться за помощью в вопросах бизнеса, нужно подойти к его ситуации таким образом, чтобы он относился к своему здоровью так же, как относится к работе.

Этот подход ослабляет позицию Майкла, и терапевт еще раз акцентирует внимание на этой технике в конце беседы, а затем дает небольшое домашнее задание, чтобы закрепить ее: “Подумайте о том, какие шаги вы бы начали предпринимать, если бы подходили к своему здоровью как проблеме в бизнесе”.

Этот подход направлен на когнитивную негибкость, возникающую из-за определенных убеждений, например “нужно уметь делать это самостоятельно” и “не быть высокомерным”.

Терапевт не оспаривал и не обесценивал эти убеждения. Вместо этого он связал заботу о себе с хорошо знакомыми и эффективными вербальными правилами. Добавив новый узел “Подойти к проблемам со здоровьем как к рабочей задаче” (и его взаимосвязи) к сетевой модели Майкла, получим рис. 9.2.

Как видите, эта простая идея уже уменьшает влияние строгих установок Майкла, которые в противном случае заставили бы его сопротивляться вмешательству. С другой стороны, опыт Майкла как успешного предпринимателя подпитывает его новый подход. В некотором смысле задействована его установка “делай все сам”, поскольку именно это убеждение помогло ему достичь высот в работе.

Обратите внимание, что само по себе вмешательство ничего не меняет в основных проблемах Майкла — затуманенности рассудка, проблемах со сном и беспокойстве о работе, — но оно подразумевает конкретные действия, предпринимая которые Майкл реализует идею отношения к своим проблемам со здоровьем аналогично решению проблем в бизнесе. После этого вмешательства Майкл записывается в зал и начинает посещать занятия. Они ему нравятся. Вскоре Майкл убеждается, что усердная работа с личным тренером могла бы способствовать его прогрессу. Некоторые из друзей Майкла также занимаются с тренером, они просто чувствуют себя ответственными и получают больше поддержки, а высокомерность здесь вовсе не при чем (“не быть высокомерным”). Показатели здоровья улучшаются (лишний вес, сон, “утренний туман”, гипертония), но Майклу еще

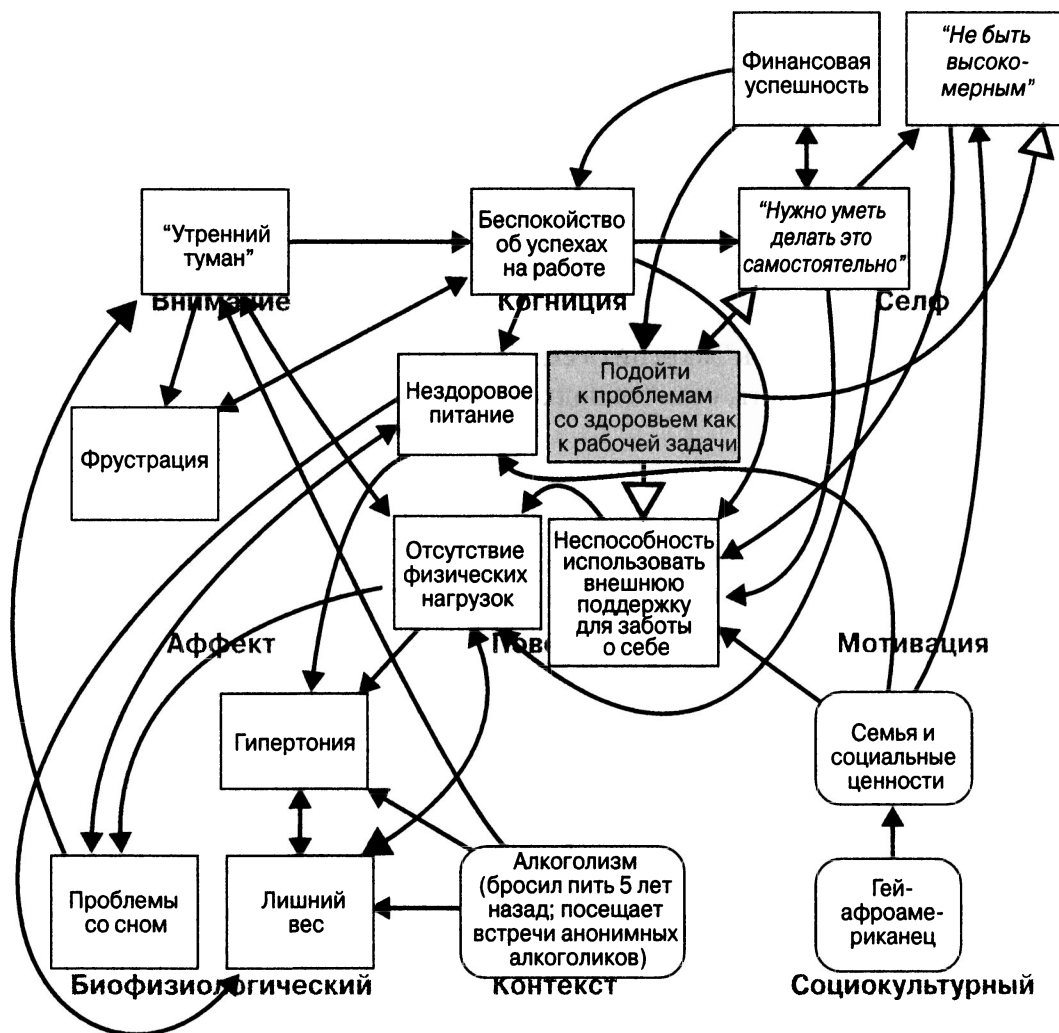


Рис. 9.2. Рефрейминг Майкла

многое предстоит сделать. Все это показано в следующей сети (рис. 9.3). Если добавить новый узел "Тренировки с личным тренером" (и его связи) в сетевую модель Майкла, получится рис. 9.3.

На данный момент у Майкла есть два пути. Все еще есть возможность заняться непосредственно беспокойством по поводу работы. Оно уменьшилось, потому что рассудок клиента больше не затуманен, но главная причина идти этим путем заключается в том, чтобы приобрести дополнительные рычаги воздействия на нездоровые пищевые привычки клиента.

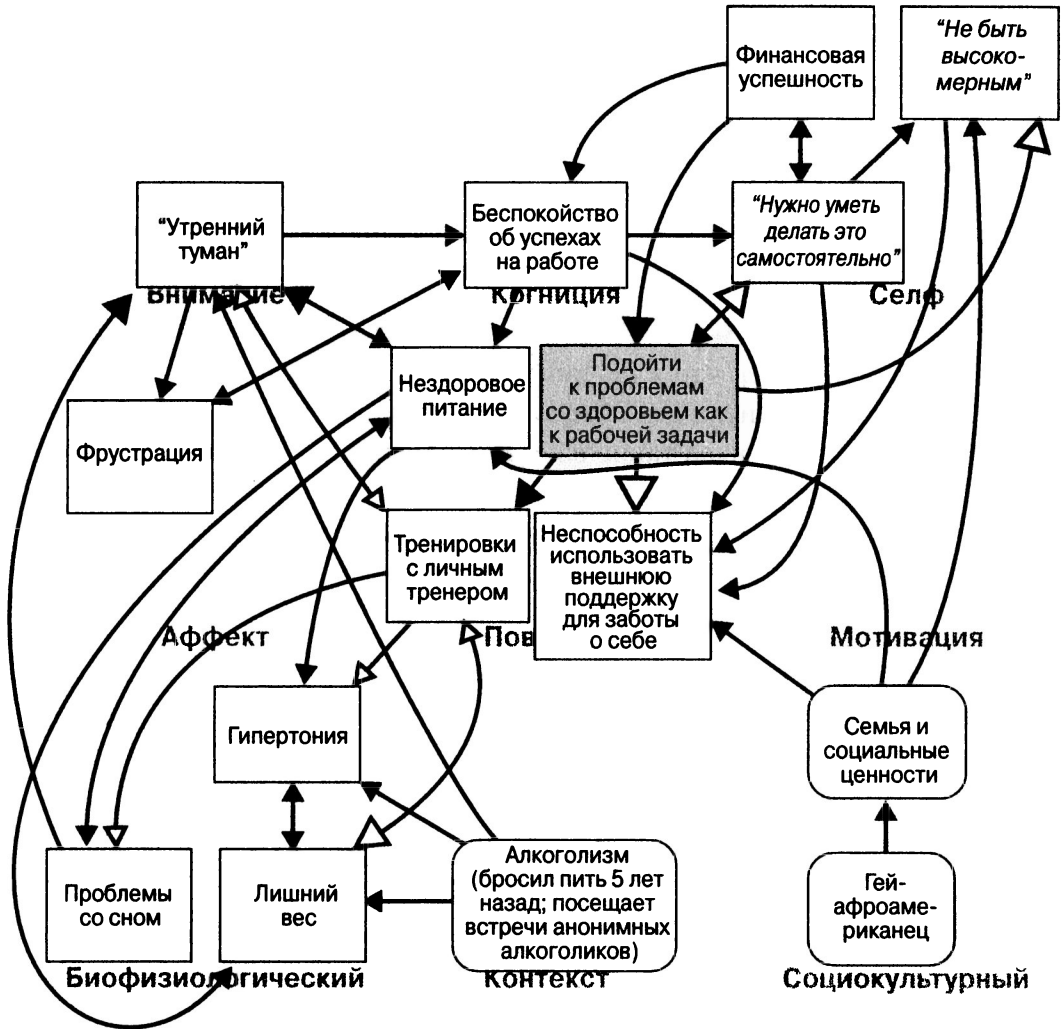


Рис. 9.3. Эффект тренировок Майкла с личным тренером

Основная альтернатива этой стратегии — непосредственная работа над привычками питания. Это будет непросто, потому что задействована семейная культурная модель, но Майкл уже добился успехов, изменив другую культурную модель, а именно убеждения “нужно уметь делать это самостоятельно” и “не быть высокомерным”, переосмысливая необходимые решения с деловой хваткой.

В беседе с Майклом терапевт ставит перед ним задачу “жизнь как работа”.

Терапевт. Вы много достигли.

Майкл. Да. Я действительно продвинулся вперед. Чувствую себя лучше, чем когда-либо. Мне еще предстоит что-то сделать с кровяным давлением и весом, и не думаю, что проблемы со сном и “утренний туман” исчезли окончательно, но я добился очень многого.

Терапевт. Что вам говорит врач? Какая теперь основная проблема?

Майкл. Ну, говорит, что я не добьюсь желаемого, если не изменю свой подход к питанию. Слишком много жиров и мяса. Но я так привык! Я готовлю такие блюда, и в моей семье такие блюда готовили. В моем представлении это и есть домашняя еда. На самом деле мне даже нравится здоровая пища, скажем, зелень, рыба, овощи. Просто я не ем их. Даже не знаю, как их готовить.

Терапевт. Значит...

Майкл. Не смотрите на меня так! *(Смеется.)* Я знаю ваши мысли. Тренер — это одно, но шеф-повара я нанимать не стану! Конечно, я мог бы себе это позволить... но это просто не для меня. Маме это не понравилось бы.

Терапевт. Хорошо. Признаю, так я и думал. Какие еще есть варианты? Взгляните на проблему с точки зрения “здоровье — моя работа”.

Майкл. Что же, даже не знаю... Хотя есть одна идея. В рекламе продукции, которая стала популярной в эпоху COVID, говорят: “Мы доставим здоровую пищу к вашей двери”. В этом вся суть. Рекламки с такими предложениями раздают в зале. Звучит неплохо.

Терапевт. Хотите попробовать?

Майкл. Почему бы и нет. Без трудностей нет побед.

Предложив Майклу относиться к своему здоровью как к деловому проекту, терапевт смог пересмотреть сеть, как показано на рис. 9.4. План здорового питания оказывает положительное влияние на рассудок Майкла, гипертонию, проблемы со сном и весом. Это эффективное вмешательство для решения некоторых ключевых проблем со здоровьем.

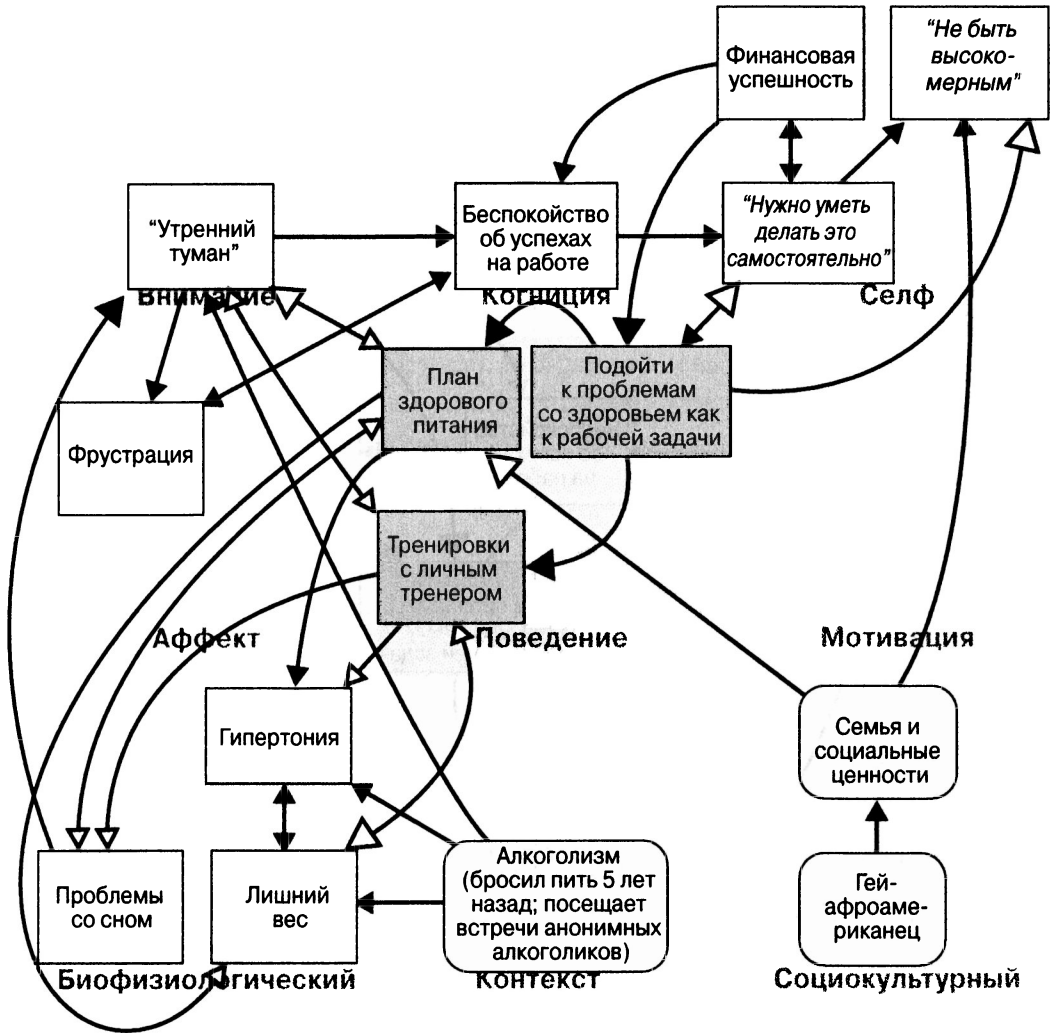


Рис. 9.4. Эффект плана здорового питания Майкла

Упростить сеть

По мере прогресса проблемные узлы в области здоровья в сети Майкла начали бы распадаться. Постепенно сеть упростится, как показано на рис. 9.5.

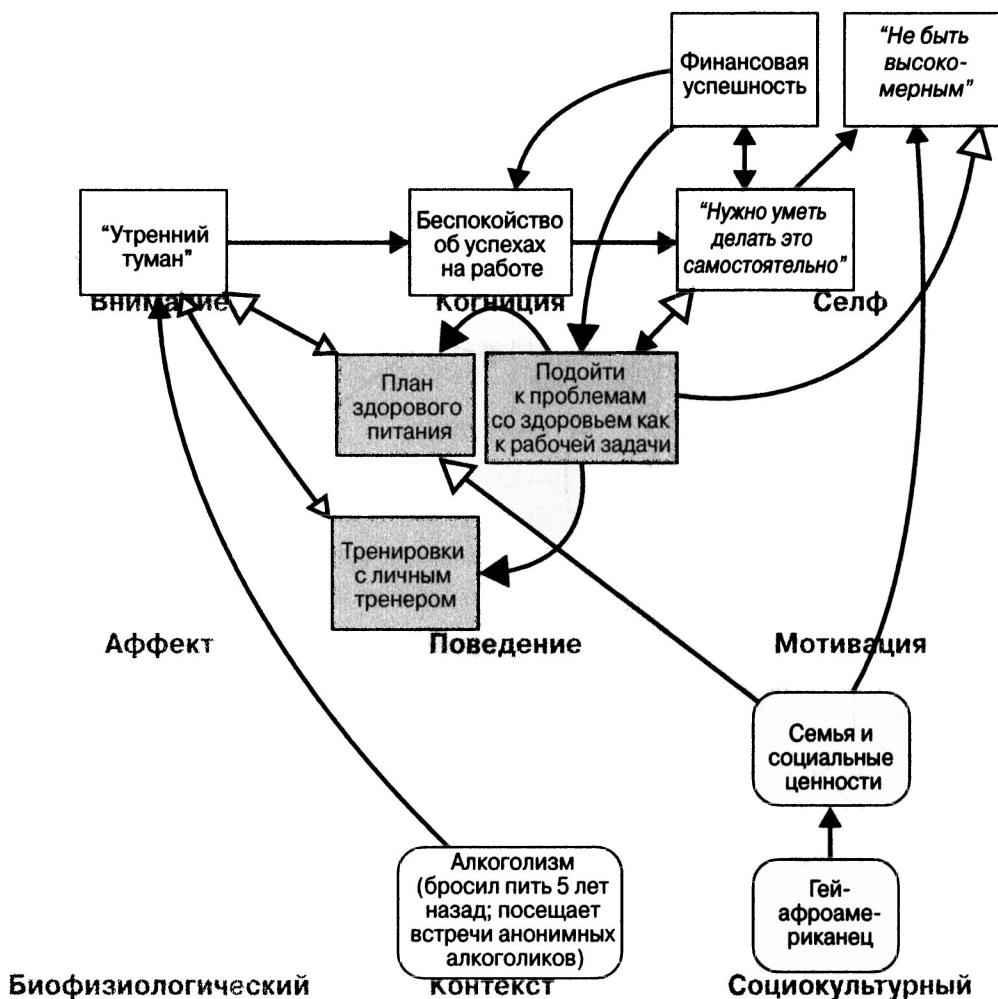


Рис. 9.5. Решение проблем Майкла

Майкл все еще беспокоится о работе, но не так сильно, чтобы это считалось проблемой. Затуманенность рассудка все еще дает о себе знать как отголосок многолетнего злоупотребления алкоголем, но клиент успешно заботится о своем здоровье с помощью навыков ведения бизнеса и

тренажерного зала. Вместо того чтобы быть препятствием, семейные ценности клиента (независимость, скромность и трудолюбие) теперь направлены на заботу о себе и своем здоровье. Это часть подхода к решению проблем с точки зрения успешного бизнес-менеджера.

Ключевым процессом изменений в данном случае была когнитивная гибкость, развиваемая путем переосмысления проблем со здоровьем в рамках ментального подхода клиента к успеху в бизнесе. Эта техника дала возможность избежать прямого когнитивного конфликта, который мешал клиенту по-новому подойти к проблемам со здоровьем, и позволила способности искать выход выйти на первый план. Выбранная цель учитывала доступность, центральную роль, компетентность, риск, вероятность изменений и вопросы стратегического позиционирования различных альтернатив, чтобы вероятность успешного разрушения системы была максимальной.

Переломные моменты

Изменение в сети иногда происходит совершенно внезапно. На самом деле терапевтические изменения редко бывают медленным и непрерывным процессом. Гораздо чаще система поначалу меняется очень незначительно, несмотря на усилия клиента и терапевта. Это происходит потому, что сложная сеть очень устойчива к внешнему давлению. Когда изменение наконец происходит, оно внезапно, стоит сети достичь переломного момента. Стабильность сети можно изобразить с помощью шара, катящегося из одной точки (позиция 1) через возвышение (позиция 2) в другую точку (позиция 3) (рис. 9.6).

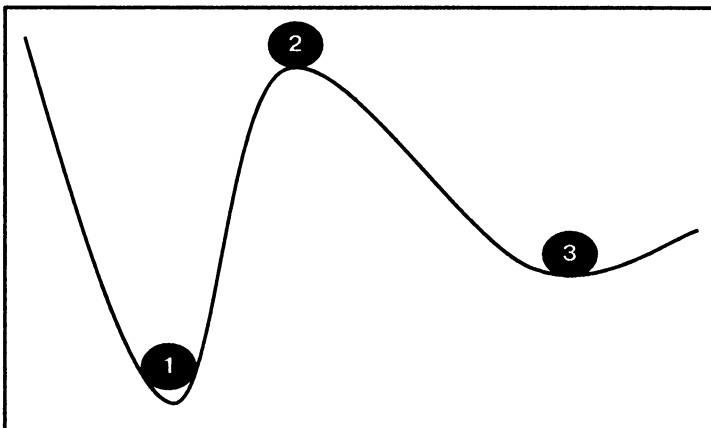


Рис. 9.6. Переломный момент динамической системы

Сеть более устойчивая и стабильная, если исходная точка находится внизу (как в позиции 1), потому что требуется больше усилий, чтобы переместить шар. Но как только он достигает переломного момента (позиция 2), внезапное движение происходит даже после небольшого дополнительного усилия. В результате сеть приходит в движение, ведущее к новому альтернативному и стабильному состоянию (позиция 3).

В зависимости от ряда факторов это новое состояние может быть более или менее устойчивым к изменениям. Пример на рис. 9.6 показывает, что новая структура сети более восприимчива к изменениям, поскольку конечная точка относительно неглубокая (позиция 3) и требуется меньше усилий для перемещения шара. Это хорошая новость для Майкла, потому что для восстановления нормального состояния требуется меньше усилий.

В общем, переломный момент для сети, состоящей из узлов с сильными взаимосвязями, наступает тогда, когда определенное действие вызывает эффект домино. Происходит системный переход, когда внешнее воздействие достигает критической отметки. Напротив, сети со слабыми взаимосвязями между элементами с большей вероятностью будут меняться постепенно.

Одним из распространенных условий для точки перехода является петля положительной обратной связи. Достижение критической точки вынуждает систему перейти в альтернативное состояние. Оба варианта имеют значение для общего поведения таких систем: во-первых, неоднородность узлов и, во-вторых, их связность. Эти факторы определяют стабильность сети.

Практически все сложные сети имеют общие черты, о которых мы уже говорили. Эти особенности — важные маркеры хрупкости, которая обычно предшествует резким изменениям, сигнализирующим о критическом переходе, а в дальнейшем переломном моменте. Это имеет большое значение для психического здоровья, поскольку математические модели таких сетей предсказывают ремиссию расстройства и обеспечивают возможность для вмешательства, чтобы предотвратить рецидив и появление проблем.

Хотя эта тема выходит за рамки данной книги, цифровые технологии в области психического здоровья имеют отношение к РВТ. Вскоре они позволят терапевтам собирать данные мгновенной оценки состояния окружающей среды для динамической сети клиента, что будет указывать на наличие любых переломных моментов, которые могут предшествовать клинически значимым событиям. Уже есть признаки того, что комплексный сетевой анализ может лучше прогнозировать важные события

(прекращение терапии, успехи в терапии, начало панических атак, маниакальных эпизодов, срывов, суицидальных признаков и т.д.) до того, как эти события станут очевидными с использованием других мер и средств. Но как мы можем эффективно вторгнуться в работу дезадаптивной сети? Каковы конкретные стратегии лечения, которыми мы располагаем как эффективные терапевты? В следующей главе рассмотрим некоторые из этих стратегий. Мы называем их *основными компонентами терапии*, потому что это базовые элементы стратегий вмешательства, предназначенных для преобразования процессов изменений.

Основные компоненты терапии

Люди — сложные системы. Они сложные на индивидуальном уровне и формируют сложные социальные системы. Психотерапия — это динамичный процесс, направленный на адаптивные изменения в этих сложных системах. Процессы изменений — это функциональные последовательности, а не простые кадры. Если рассматривать процессы изменений как часть альтернативы DSM или МКБ, то они должны непосредственно и успешно приводить к отбору и реализации стратегий вмешательства. Основные элементы данных стратегий — специфические методы изменения, предназначенные для трансформации процессов изменений. Мы обсудим и проиллюстрируем некоторые из этих методов.

Хотя доказательное вмешательство началось с процесса, за последние сорок лет оно стало синонимом протоколов лечения конкретных психиатрических синдромов, определенных DSM и МКБ. Стало ясно, что этот подход ограничен как с точки зрения эффективности, так и с точки зрения клинической полезности. Клиенты никогда не ставили “симптомы” в центр своей жизни — это произошло из благонамеренной биомедикализации человеческих страданий и постепенных культурных изменений, вызванных этой концепцией. После доказательного вмешательства относительно большое число пациентов продолжают переживать симптомы. Много людей считают, что их проблемы (которые часто выходят за рамки классических симптомов) не были полностью и адекватно решены. Что касается эффективности лечения, то нецелесообразно и бесполезно обучать врачей всем так называемым протоколам доказательной терапии, многие из которых требуют многомесячного обучения, чтобы преодолеть препятствия, созданные их разработчиками.

Когда все эти проблемы объединяются, результат получается мрачным. Слишком мало клиентов проходят подходящий для их конкретных проблем вид терапии, и немногие достигают полностью удовлетворительного конечного состояния. Кроме того, слишком мало терапевтов обучены

должным образом проводить необходимую доказательную терапию. Между тем распространенность психологических проблем растет, а не падает.

Положительным промежуточным шагом стала разработка модульных методов лечения. Вместо целых протоколов для конкретных расстройств, определенных DSM или МКБ, некоторые клинические исследователи сосредоточились на ряде выбранных компонентов терапии, которые можно применять или откладывать по мере необходимости. Даже на ранних стадиях есть доказательства того, что модульный подход более эффективный, чем протоколы для лечения синдрома [34]. Часто модули нацелены на конкретные проблемы, например поведенческие модули, предназначенные для стимуляции просоциального поведения и предотвращения агрессии у детей с расстройством поведения. Другие клинические исследователи создали модульные вмешательства, применимые ко многим проблемным областям с небольшим набором компонентных вмешательств. К ним относятся так называемые “трансдиагностические” вмешательства, такие как унифицированный протокол [1] и АСТ [18].

Логичный следующий шаг согласно этому подходу — определение ключевых элементов, составляющих модули терапии, и исследование их влияния на процессы изменений. Эти знания допускают вмешательство, включающее индивидуальные особенности и основные компоненты терапии, которые повлияют на конкретные процессы изменений.

Мы считаем, что некоторые из необходимых доказательств в пользу этой стратегии уже имеются, например в известных процессах изменений, связанных с анализом существующих компонентов, или в создании и использовании множества более ограниченных протоколов в Интернете, приложениях, книгах и по телефону. Другой пример — изменение процесса и результата по очень коротким протоколам (например, за один сеанс).

Упор на процессы дает возможность применить теоретически и эмпирически согласованные наборы процессов изменений к широкому спектру проблемных областей индивидуально адаптированным образом. Это не так трудно научиться, и благодаря процессам изменений терапевт адаптирует основные компоненты терапии к потребностям клиента. Хотя необходимы хорошо продуманные и поддерживаемые эмпирически модели, этот подход не требует, чтобы методы лечения были связаны с определенными направлениями терапии или универсальными протоколами. Фактически мы надеемся, что РВТ охватит любые доказательные и должным образом связанные с процессами изменений компоненты терапии, после чего многие методы отойдут на второй план, потеряв актуальность.

Образно говоря, мы говорим о конструктивных элементах. При постройке дома нужны кирпичи и окна, раковины и краны, двери и стройматериалы. Было бы странно ограничиваться в таком деле одной конкретной маркой: лучшие окна может производить одна компания, а лучшие двери — другая. При этом важно конечное предназначение постройки, от чего зависит выбор конкретного строительного элемента согласно цели и стадии строительства.

Точно так же терапевт использует методы, необходимые для конкретного клиента, чтобы определить вмешательство, цель которого дать определенные результаты. На уровне основных компонентов терапии или техник функциональная эклектика имеет смысл, но ко всему нужно подходить с умом. В РВТ базовые методы терапии предназначены для выполнения эмпирически и концептуально необходимой задачи: задействовать и менять конкретные процессы изменений.

Когда мы фокусируемся на том, какие процессы необходимо изменить и каким образом, что до сих пор было основным предметом этой книги, появляется подходящий набор вариантов. Процессы организованы иерархически, т.е. некоторые из них широки и многогранны, такие как психологическая гибкость, в то время как другие проще, например подкрепление привычек. То же самое относится к базовым методам. Известно, что некоторые модули вмешательства, такие как созерцательная практика, меняют несколько важных процессов. Другие (например, релаксация) имеют отношение к определенным областям ЕЕММ.

Мы пока не можем предоставить полный список основных компонентов терапии отчасти из-за первенства протоколов для лечения синдромов. Так много исследовательских усилий было сосредоточено на общих протоколах лечения, что компонентному анализу хронически не уделялось должного внимания во многих областях доказательной терапии. Кроме того, фокус на синдромах настолько ослабил внимание к процессам изменений, что базовые методы и процессы изменений в терапии шли врозь. Другими словами, ограничения эпохи “протоколов для лечения синдромов” все еще с нами вместе с рассветом РВТ.

К счастью, картина быстро меняется. Начинают возникать метаанализы компонентов, связанных с процессами, предполагающие, что когда-нибудь в будущем, помимо нашей первоначальной и ограниченной попытки [13], появится полученный эмпирическим путем список основных компонентов терапии [26]. Здесь приведем только примеры и признаем, что эти компоненты пересекаются и различаются по уровню специфичности, так что

некоторые из них можно рассматривать как комбинации или модификации других.

Вот рабочее определение основных компонентов терапии: *функционально организованные и поддерживаемые эмпирически классы методов вмешательства, привязанные к всеобъемлющей и проверяемой теоретической модели и влияющие на конкретные доказательные процессы изменений с последующими результатами, которые достаточно хорошо определены, чтобы оказаться в арсенале терапевта для дальнейшего применения.* Проще говоря, это наборы определенных методов, которые, как было показано, при изучении и внедрении приводят к определенным процессам изменений и последующим результатам предсказуемым образом.

Вспомним метафору со строительством. Для того чтобы естественный свет проникал в помещение, потребуется окно. Кирпичи или раковины просто не справятся с этой задачей. Наверняка, доступен широкий ассортимент окон различных размеров, форм, цветов и материалов. Некоторые из них лучше подходят для данных обстоятельств. Хороший строитель устанавливает огромное количество окон, прежде чем удовлетворить потребности потребителя, а иногда даже создает уникальное окно для специальной цели. Знание того, как установить окно одного размера и типа, просто не подойдет.

Аналогичным образом каждый терапевт должен быть знаком с достаточным набором основных методов лечения, чтобы добиться эффективности в рамках распространенных моделей анализа и вмешательств. *Распространенные модели* охватывают достаточное количество вопросов, отмеченных в ЕЕММ, чтобы обеспечить подходящее гибкое руководство для анализа и вмешательства. Наиболее эффективным терапевтом будет тот, кто сможет объединить основные компоненты таким образом, чтобы они оптимально воздействовали на важнейшие процессы у данного клиента в данном контексте. Это основа РВТ.

Акцент на функциональности заключается в том, что некоторые компоненты иногда приходится создавать *in vivo*, в естественных условиях, чтобы соответствовать индивидуальным потребностям клиента. Такие стратегии в определенном смысле можно научно обосновать благодаря тщательному определению их целей для отдельных клиентов и их теоретической связью с базовыми методами, имеющими известное воздействие. Отчасти успех РВТ как модели доказательной практики заключается в том, что она одновременно охватывает и направляет клиническое творчество. До тех пор, пока процесс изменений обоснован эмпирически и явно имеет отношение

к клиенту, любой метод, который двигает эти процессы в положительном направлении, можно рассматривать как часть доказательного подхода.

Мы уже описывали основные компоненты терапии в нашей книге *Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на процесс*⁹ [13]. Они были основаны на результатах Межорганизационной рабочей группы по научной подготовке специалистов в области когнитивной и поведенческой психологии [25]. Задачей рабочей группы было определить ключевые навыки для разработки основных принципов профессиональной подготовки в области когнитивной и поведенческой психологии в Соединенных Штатах. Тогда был определен набор ключевых клинических навыков, которые мы позже расширили и доработали [13]. Кратко рассмотрим некоторые из них здесь, но рекомендуем ознакомиться также с нашим предыдущим текстом для более подробного обсуждения и иллюстрации этих навыков и стратегий. Тем не менее следует признать, что как отрасль РВТ все еще развивается. Некоторые из навыков, отмеченных рабочей группой, все еще всеобъемлющи; некоторые представляют собой скорее процессы изменений, чем навыки; и еще есть дополнительные. Рассмотрим некоторые из них.

Пример компонентов терапии, нацеленных на внимание

Обычно люди обращают внимание на определенные вещи в своем окружении и обделяют вниманием то, что менее важно. Другими словами, своими действиями мы усиливаем или ослабляем стимульный контроль, от которого зависят психологические действия человека на основе его внутренних или внешних событий.

Акт посещения — это когнитивное действие и, как и все психологические события, отличается ограниченностью. В сутках много часов, и за это время столько всего можно заметить или выхватить из контекста. Ограниченность этого ресурса проявляется, когда пытаемся разделить наше внимание между двумя или более объектами. Во многих ситуациях многозадачность требует умственных затрат для всех действий, которые мы пытаемся объединить. Вот почему писать за рулем сообщения небезопасно.

⁹ Стивен С. Хейс, Стефан Г. Хофманн. *Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на процесс*. — Диалектика, 2022. — 592 с.

Это не значит, что невозможно прыгать и жевать резинку одновременно. В какой-то степени возможно работать над двумя задачами, если они достаточно автоматические и не требуют дополнительного умственного контроля. Отправка текстовых сообщений не автоматизирована и, следовательно, требует значительных когнитивных ресурсов и внимания. В некоторой степени автоматизировано вождение автомобиля, но не настолько, чтобы можно было быстро и безопасно реагировать на сложности или неожиданности на дороге. Не только сообщения мешают вождению; даже разговор с кем-то по громкой связи во время вождения увеличивает риск несчастного случая, потому что наше внимание поглощено задачей, отличной от вождения.

Мы обращаем внимание на важные вещи и игнорируем или автоматизируем другие. Очевидно, что для разных людей важны разные аспекты. Владелец собаки уделяет гораздо больше внимания собакам по соседству, чем тот, кто совсем не заботится о домашних животных; орнитолог заинтересован в птицах гораздо сильнее, чем тот, кто не имеет к птицам никакого отношения.

Наш опыт и отношение формируют внимание. Если вы выросли в стране с большим количеством насекомых и пауков, то вряд ли будете их бояться. На самом деле в некоторых местных культурах тарантулы считаются деликатесом. Если вы вырастаете в такой культуре, у вас будут совсем другие отношения к тарантулам, чем если бы вы никогда раньше не сталкивались с ними. И наоборот, многие люди с арахнофобией избегают даже смотреть на них, разве что изредка на картинках.

На этом наблюдении основаны методы, нацеленные на внимание. Исследователи разработали компьютеризированную процедуру обучения, которая стала известна как *модификация смещения внимания* [3]. Это пример относительно узконаправленного метода терапии. Эта процедура обучения основана на том факте, что простое многократное демонстрирование картинок с пауками (даже сублиминально, т.е. картинка появляется и исчезает так быстро, что человек не осознает, что видел ее) помогает некоторым людям преодолеть страх.

Конечно, это относится не только к паукам. Дезадаптивное сосредоточенное на себе внимание — ключевая черта социальной тревожности для многих людей, которых беспокоит успешность на работе. Социальная угроза (например, публичное выступление) вынуждает некоторых людей с социальной тревожностью фокусироваться на себе и своем внутреннем мире, а не на предмете разговора и контакте с аудиторией. В результате им

тяжело контролировать аргументацию и адекватное освещение вопросов или четко излагать основные аспекты проблемы, т.е. преодолеть ключевые когнитивные вызовы успешного выступления. Вместо этого они сосредотачиваются на себе, иногда даже глядя на себя как бы со стороны. Когда они чувствуют, что теряют концентрацию на текущей задаче, страх становится еще больше. С двойным старанием они продолжают направлять внимание на себя (телесные ощущения, учащенное сердцебиение, покраснение и т.д.) и могут полностью потерять нить разговора.

Тот же порочный круг наблюдается у людей с эректильной дисфункцией: вместо того чтобы усиливать воздействие сексуальных сигналов, они фокусируются на своей тревоге и дееспособности — событиях, которые сами по себе сексуально не возбуждают. Процессы внимания — это начальные когнитивные стадии, часто связанные со страхами по поводу социальной деятельности. Тренировка внимания позволяет человеку распределять его гибким, текучим и произвольным образом. Одна из довольно распространенных стратегий изменения процессов внимания — *тренировка осознанности*.

Осознанность — компонент многих методов поведенческой терапии (снижение стресса на основе осознанности, терапия принятия и ответственности, диалектическая поведенческая терапия, когнитивная терапия на основе осознанности и другие). Осознанность — это широкий термин, имеющий множество разновидностей, но практически все формы включают в себя тренировку внимания. Например, медитации в стиле випассаны, призывающие “следовать за дыханием”, позволяют человеку замечать момент отвлечения и возвращать внимание к дыханию в качестве фокуса. Методы осознанности помогают освободиться от привычной заикленности на прошлом и будущем как источнике размышлений и беспокойства и закрепиться в настоящем моменте. По сути, процессы осознанности переносят внимание от будущих угроз или прошлых потерь и неудач к чувственному опыту настоящего момента и от когнитивных процессов к конкретным ощущениям.

Практики осознанности включают медитацию сканирования тела, медитацию на счет дыхания, осознанность в повседневной жизни, медитацию любящей доброты и сострадания и т.д. Не будем обобщать их здесь и вместо этого отошлем читателя к нашему тексту [13] и другим источникам.

Осознанность поднимает важный вопрос в рамках разговора об основных методах терапии как функциональном классе. Большинство практик осознанности включают в себя ряд различных процессов изменения.

Научиться обращать внимание определенным образом требует регуляции эмоций, когнитивной открытости и отстраненности от собственного нарратива. Это не делает данный метод менее эффективным в качестве компонента терапии. Нет никакой объективной причины полагать, будто все базовые методы нацелены на один и только один процесс изменения. Некоторые действительно нацелены, а некоторые нет. Более важно разобраться, какие процессы задействует тот или иной метод, как он повлияет на другие процессы, и какое отношение он имеет к конкретному случаю. Даже простые методы способны влиять на несколько процессов. Например, социальные навыки нацелены на открытое поведение, но обучение им фактически является экспозицией с дальнейшим воздействием на процессы аффекта. Таким образом, хотя осознанность характеризуется определенным уровнем сложности, ее многостороннее влияние не мешает ей быть одним из основных компонентов терапии.

Пример компонентов терапии, нацеленных на когницию

Большинство форм доказательной терапии и те, что являются частью поведенческой и когнитивной терапии, включают в себя множество методов, нацеленных на когницию. Одна из наиболее популярных моделей, структурирующих процессы и компоненты терапии, — это модель КПТ, созданная Аароном Беком [4] и его коллегами. Согласно этой теории, терапевтические изменения объясняются трансформацией стилей мышления, например автоматических мыслей и когнитивных структур. Таким образом, этот подход направлен на работу с дезадаптивными убеждениями клиента и их деактивацию вместе с созданием других структур. Мысли считаются гипотезами, выраженными в автоматической форме в определенной ситуации, или всеобъемлющими убеждениями о себе, будущем или мире.

Прежде чем рассматривать, как модель Бека связывает процессы когнитивных изменений с основными компонентами терапии, стоит отметить, что в настоящее время модели необходимы для полноценной реализации подхода, основанного на процессах. ЕЕММ — это модель, заключающая в себе множество моделей. Она не существует отдельно. Для вмешательства в измерение когниции недостаточно знать важность когниции и отмечать неэффективность когнитивной ригидности. Чтобы прояснить этот момент, опишем когнитивные процессы модели Бека вместе с когнитивными

компонентами терапии, которые на них нацелены, а затем кратко рассмотрим процесс, взятый из новой формы поведенческой и когнитивной терапии, и задействованные в них методы.

Модель Бека проста. Это идея о том, что на наши поведенческие и эмоциональные реакции сильно влияют когнитивные способности (мысли), которые определяют восприятие окружающего мира. Мы беспокоимся, злимся или грустим только в том случае, если думаем, что у нас есть причины для беспокойства, гнева или грусти. Другими словами, не ситуация как таковая, а скорее, наше восприятие, ожидания и интерпретации (когнитивная оценка) событий ответственны за наши эмоции [20]. Лучше всего это иллюстрирует следующий классический пример, предоставленный Беком.

Суть когнитивного подхода¹⁰ [4]

Женщина слышит, как хлопает дверь. Ей приходит в голову несколько гипотез: “Дочь пришла со школы”, “Это грабитель”, “Наверное, дверь захлопнул ветер”. Все зависит от женщины с учетом соответствующих обстоятельств. Однако логический процесс проверки гипотез может быть нарушен психологическими установками. Если в мышлении доминирует концепция опасности, женщина поспешит с выводом, что это грабитель. Она делает произвольный вывод. Хотя он не обязательно ошибочен, вывод основан в первую очередь на внутренних когнитивных процессах, а не на фактической информации. Если женщина затем убегает и прячется, она откладывает или упускает возможность опровергнуть (или подтвердить) гипотезу.

Этот пример может быть отдельной темой на сеансе с клиентом, чтобы проиллюстрировать, что одно и то же событие (звук хлопнувшей двери) вызывает очень разные эмоции в зависимости от того, как человек интерпретирует контекст. Сам по себе хлопок двери не вызывает никаких эмоций. Но когда мы считаем, что хлопанье двери говорит о том, что в доме есть грабитель, мы испытываем страх. Возможно, наши выводы подкрепляются прочитанными в газете новостями о кражах с взломом. Быть может, наше основное убеждение заключается в том, что мир — опасное место и что это только вопрос времени, когда грабитель вломится в дом. Но поведение было бы совсем другим, если бы мы чувствовали, что событие не имеет существенного значения.

¹⁰ Аарон Бек. *Когнитивная терапия расстройств личности*. — Питер, 2002. — 544 с.

Рассматривая мысли как гипотезы, которые могут содержать когнитивные ошибки, клиенты оказываются в роли наблюдателей или ученых, а не пассивных жертв психологических проблем. Некоторые из них вызваны *завышением вероятности*, верой в то, что у маловероятного события большие шансы. Другие основываются на *катастрофическом мышлении*, когда негативное влияние возможных исходов преувеличивается.

Вот примеры нацеленных на когнитивные ошибки методов терапии:

- задействование прошлого опыта клиентов, чтобы оценить реалистичность вероятности события (например, “Какова вероятность, исходя из ваших наблюдений?”);
- предоставление более точной информации посредством психообразования (например, “Вот что нам известно о вероятности того, что паника приведет к внезапному сердечному приступу...”);
- метод Сократа для оценки исхода ситуации (например, “Что самое худшее, что может случиться?”);
- поведенческие тесты для оценки гипотез *in vivo* в естественных условиях через проверку опасений или избегаемых действий и ситуаций (например, “Проверим, правда ли, что вы больше не можете сделать ничего стоящего для своей семьи. Что бы вы хотели попробовать сделать полезного завтра?”).

Наконец, есть *методы когнитивной переоценки* для поощрения альтернативных способов мышления о событии, например самоконтроль и различные вопросы: “Каковы альтернативные способы интерпретации этого конкретного события?” или “Как бы другие люди интерпретировали данное событие?”

Новые формы поведенческой и когнитивной терапии, такие как АСТ, концептуализируют когнитивную негибкость несколько иным образом. Терапевтам АСТ не составляет труда применять модель психологической гибкости к ЕЕММ, поскольку шесть процессов гибкости и негибкости соответствуют шести психологическим измерениям ЕЕММ. В рамках основополагающей в АСТ концепции психологической гибкости самая большая проблема когниции в том, что это измерение слишком ограничено и ориентированно на буквальную истину, тогда как предпочтительнее открытость, гибкость и эффективность. Один из ключевых дезадаптивных процессов изменений в этом подходе — когнитивное слияние. Это тенденция к неоправданному доминированию когниции над другими источниками

контроля поведения, поскольку клиенты воспринимают мысли буквально или не замечают, что мысли структурируют их мир. *Когнитивное разделение* — это адаптивный процесс, который противодействует слиянию. Метод разделения помогает ослабить это бесполезное автоматическое доминирование.

Множество техник когнитивного разделения имеют похожий принцип действия: они меняют контекст когниции таким образом, чтобы человек принимал наличие мыслей более открыто, с любопытством и состраданием, не позволяя им слишком ограничивать свою деятельность. Например:

- сведение дезадаптивной мысли к одному слову и многократное ее повторение вслух в течение тридцати секунд;
- произнесение трудных мыслей вслух голосом маленького ребенка;
- техника управляемого воображения (представление мыслей, проплывающих мимо на листьях или по воде ручья).

Поскольку основные компоненты терапии представляют собой функциональные классы методов, для одного компонента найдется сотня функционально подходящих альтернатив, точно так же, как существуют сотни размеров и типов окон, но это все равно окна. Отличают их особенности случая. Процесс уточнения станет полностью эмпирическим только по мере сбора данных.

Мы неоднократно подчеркивали, что РВТ открыта для всех доказательных процессов и методов и процессы должны быть теоретически согласованными. Следующие два примера показывают, почему оба эти условия необходимы. Во-первых, терапевт традиционной КПТ, использующий основанный на процессах подход, может применять метод разделения в контексте когнитивного дистанцирования, которое, по мнению А. Бека, было необходимо для успешной переоценки привычных когнитивных паттернов. Когнитивное разделение также применимо к *слиянию мысли и действия* (разделение когниции и поведения) [20]. Похоже, что слияние мысли и действия включает в себя одно из двух убеждений: переживание определенной мысли увеличивает шансы вероятности события или мысль о действии практически идентична фактическому выполнению действия (мораль). Предполагается, что моральный компонент — это результат ошибочного вывода о том, что переживание “плохих” мыслей свидетельствует об “истинной” природе и намерениях человека. Например, мысль об убийстве другого человека может считаться морально эквивалентной

совершению этого действия. В этом случае когнитивное разделение нацелено на процесс, согласованный в рамках модели когнитивной терапии.

Во втором примере терапевт АСТ, ориентирующийся на процессы, также использует методы когнитивной переоценки (вероятно, после того, как было успешно применено когнитивное разделение), чтобы устроить встряску более широкого круга возможных потенциально неэффективных мыслей. В этом случае переоценка нужна не для того, чтобы бросить вызов существующим мыслям и изменить их, а для того, чтобы обеспечить большую когнитивную гибкость и гибкость реакций при наличии ригидного мышления.

Вероятнее всего, не имеет смысла смешивать процессы и методы философски и концептуально непоследовательным образом, например прибегать к когнитивному разделению с целью бросить вызов мыслям или использовать переоценку для развития осознанности. РВТ не призывает к тому, чтобы перемешать все методы и выуживать их потом в произвольном порядке. С функциональной точки зрения базовые компоненты нацелены на процессы изменений, а процессы изменений требуют правильного понимания теории и моделей.

Пример компонентов терапии, нацеленных на аффект

Разнообразие методов отчасти связано с аффектом. Хорошо известной дезадаптивной стратегией регулирования эмоций является *избегание переживаний* [12], попытка устранить или уменьшить форму, частоту или аффективную восприимчивость к контексту, даже если это вызывает психологические трудности. Ориентированный на аффект метод, связанный с избеганием переживаний, — это принятие, посвящение времени тому, чтобы прочувствовать эмоции и другие переживания и извлечь из них уроки без ненужных защитных механизмов. Принятие включает:

- работу с влиянием эмоции на телесные ощущения, память, поведенческие побуждения или мысли;
- изучение переживания эмоций нетипичными способами (например, если бы эмоция имела цвет, то какой; если бы у нее была форма, то какая);
- отказ от защитных механизмов во время воображения эмоций;
- наблюдение и описание эмоционального воздействия событий более детальным образом.

Все эти методы можно рассматривать как своего рода экспозицию в рамках исследования аффекта, а не его устранения.

Мышечная релаксация — один из наиболее эмпирически изученных методов, связанных с аффектом. В своей классической форме это намеренное напряжение и расслабление определенных групп мышц с целью научиться ощущать разницу и иметь возможность “отпускать” мышечное напряжение по желанию. За прошедшие годы появилось множество других форм расслабления или эмоциональной регуляции, включая управляемое воображение, медитацию, йогу, дыхательные техники и тому подобное.

Тесная связь между аффектом и когницией означает, что многие когнитивные методы также используются в аффективных целях. Например, часто доказывалось, что подавление эмоций бесполезно, и что эти попытки подкрепляются бесполезными убеждениями. Парадоксальный эффект подавления заключается в том, что чем усерднее мы стараемся, чтобы нас что-то не беспокоило, тем больше это беспокоит нас, будь то в форме чувств, мыслей, образов или событий (капающая вода из крана или тикающие часы). Этот феномен проиллюстрирован в эксперименте Д. Вегнера с белым медведем [33].

Эксперимент с белым медведем

1. Представьте себе пушистого белого медведя.
2. Подумайте в течение минуты о чем угодно, что вам нравится, кроме пушистого белого медведя.
3. Каждый раз, когда белый медведь всплывает у вас в голове, считайте это, загибая пальцы.

Теперь скажите, сколько белых медведей пришло вам в голову? Скорее всего, несколько. Некоторые люди подумают о нем всего несколько раз, другие — очень много. Редко бывает, чтобы вообще ни разу.

Обратите внимание, что вы подумали о белом медведе только после того, как вас попросили не думать о белом медведе. Простая попытка не думать об этом была причиной, по которой вы думали об этом.

Насколько приятно думать о белом медведе? Скорее всего, эта мысль становится раздражающей, потому что она навязчива, как песня, которую невозможно выбросить из головы.

Вегнер обнаружил, что попытки подавить мысли парадоксальным образом увеличивают частоту таких мыслей в промежутки времени после подавления, в течение которого можно свободно размышлять о чем угодно. Причина, по которой нейтральный образ белого медведя стал навязчивым, заключалась просто в попытке подавить его. Парадоксальный эффект связан с когнитивной активностью, которая требуется для того, чтобы ее подавить. Чтобы не думать о чем-то, мы должны следить за нашими когнитивными процессами. В рамках этого процесса мы фокусируемся именно на том, на чем стараемся не заикливаться, что приводит к парадоксу и, если делать это регулярно, потенциально может привести к эмоциональным расстройствам. Исследования действительно показали связь между обратным эффектом как лабораторным явлением и клиническими расстройствами. Например, подавление мыслей приводит к усилению электрической активности кожи [33] с предположительным симпатическим возбуждением. Точно так же руминации о неприятных событиях поддерживают гнев и плохое настроение, и попытки подавить боль также неэффективны.

Подумайте, что произошло бы, если б изображение было не нейтральным белым медведем, а эмоциональным событием, таким как травма от изнасилования. Личностно значимые или эмоционально тяжелые мысли и образы подавить значительно труднее. В целом многие психиатрические проблемы связаны с неэффективными попытками регулировать нежелательные переживания, такие как чувства, мысли и образы. Таким образом, большинство методов, применимых к когниции (например, осознанность, переоценка, разделение), также подходят для работы с аффектом.

Пример компонентов терапии, нацеленных на мотивацию

Пример базового метода в области мотивации — мотивационное интервьюирование, отличающееся высокой эффективностью в качестве фактора для инициирования изменений поведения. Хотя мотивационное интервьюирование широко применимо, оно особенно распространено при лечении зависимости. Ниже дан пример этой техники в контексте проблемы с алкоголем.

Чарли и алкоголь

- Терапевт.** Расскажите мне о причинах, по которым пьете.
- Чарли.** Это приятно. Для меня это способ расслабиться и повеселиться с друзьями.
- Терапевт.** Итак, вы пьете, потому что это способ приятно провести время со своими друзьями.
- Чарли.** Именно так.
- Терапевт.** Что случится, если вы не станете пить, встретившись с друзьями?
- Чарли.** Это странно. Думаю, нам было бы скучно. Мои друзья подумают, что со мной что-то не так.
- Терапевт.** Понимаю. Ваши друзья будут удивлены, поскольку употребление алкоголя — часть вашей дружбы.
- Чарли.** Думаю, да.
- Терапевт.** Чем бы вы занялись, если бы не пошли никуда с друзьями?
- Чарли.** Мне было бы скучно. Наверное, остался бы дома.
- Терапевт.** Понимаю. Значит, сидеть дома скучно, в то время как вам было бы весело пойти куда-нибудь выпить со своими друзьями.
- Чарли.** Правильно. Было бы не просто скучно... а чертовски тяжело.
- Терапевт.** Потому что вы одни?
- Чарли.** Да.
- Терапевт.** Значит, встречи с друзьями помогают вам не впасть в уныние?
- Чарли.** Сто процентов.
- Терапевт.** Понятно. Какие негативные последствия употребления алкоголя, по вашему мнению?
- Чарли.** Из-за алкоголя я иногда попадаю в передраги (смеется).
- Терапевт.** Имеете в виду проблемы на работе и дома?
- Чарли.** Да.
- Терапевт.** Расскажи подробнее об этом.
- Чарли.** Жена угрожает бросить меня, а начальник хочет уволить, если я не изменюсь. Поэтому я пришел к вам.
- Терапевт.** Хорошо. Что вы чувствуете?
- Чарли.** Разочарование. И гнев.

Терапевт. Могу себе представить. Итак, если я правильно понимаю ситуацию, похоже, что алкоголь помогает вам наслаждаться общением со своими друзьями и, возможно, также справиться с одиночеством или депрессией в краткосрочной перспективе. Таким образом, употребление алкоголя явно имеет некоторые положительные краткосрочные последствия. В то же время употребление алкоголя имеет некоторые потенциально долгосрочные негативные личные, социальные и профессиональные последствия. Правильно?

Может быть, лучше прибегнуть к зрительному сравнению положительных и отрицательных последствий употребления алкоголя и отказа от него, как это показано в табл. 10.1. Перечисление плюсов и минусов употребления алкоголя и отказа от него проясняет факторы, которые укрепляют поведение. Это также дает возможность терапевту изучить краткосрочные и долгосрочные последствия употребления алкоголя. Особое значение здесь, очевидно, имеют долгосрочные негативные последствия. Проблемы с женой и работодателем могут легко привести к значительным и нежелательным последствиям, например разводу, безработице, бедности, потере крыши над головой и многому другому. Как только Чарли осознает негативные последствия своего поведения, он может быть готов рассмотреть возможность его изменения.

Таблица 10.1. Плюсы и минусы употребления алкоголя

	Плюсы	Минусы
Алкоголь	Хорошее самочувствие Часть дружбы	Проблемы дома и на работе Похмелье
Отказ от алкоголя	Налаживание отношений дома и на работе Повышение самооценки	Невозможность расслабиться Отсутствие встреч с приятелями

Другой метод области мотивации — *выбор ценностей*. Внутренние качества, которые вы цените в своей жизни, — это нечто большее, чем просто постановка целей [6]. Даже краткие размышления о том, что важно для вас в той или иной ситуации, мотивируют к долгосрочным изменениям. Подробное изучение приятных моментов жизни, анализ ценностей своих кумиров или изучение стремлений, нарушенных трудными моментами в жизни, — все это, как известно, помогает прояснить личные ценности и может послужить мощной мотивацией.

Пример компонентов терапии, нацеленных на поведение

Термин “поведение” — сложное понятие, определяемое по-разному в зависимости от теоретического направления. Современные бихевиористы определяют его очень широко, включая все действия целого организма с учетом истории и обстоятельств. Каждый из психологических рядов ЕЕММ для них является типом действия или “поведения” (например, эмоциональное поведение; действия, направленные на внимание). Большинство когнитивно ориентированных терапевтов определяют “поведение” более узко, подразумевая только открытое поведение, в отличие от эмоций, внимания и так далее. Таким образом, при анализе поведенческих феноменов важно учитывать, как одни и те же слова могут звучать по-разному в зависимости от аудитории.

Психологические вмешательства, направленные на открытое поведение, такие как формирование и подкрепление, являются одними из наиболее эффективных и надежных процедур.

Систематическое изменение дезадаптивного поведения — это всегда часть терапии, и даже беглый обзор этих методов далеко вышел бы за рамки этой главы.

Поведенческая активация — это мощный базовый метод терапии, который используется для усиления позитивных и значимых моделей действий. Люди, страдающие подавленным настроением и ангедонией, часто лишены подкрепления, наслаждения и удовольствия. У них не хватает энергии или контроля внимания, чтобы изучить установки, автоматические мысли и когнитивные аспекты, которые могут поддерживать депрессию. Отчасти это объясняет, почему одна только поведенческая активация иногда дает неожиданно положительные результаты даже при относительно серьезных аффективных проблемах. Ее обычно рекомендуют, особенно в начале терапии, чтобы поднять уровень энергии клиента и добиться первых результатов, на которых могла бы базироваться дальнейшая терапевтическая работа.

На первом этапе клиента обычно просят отслеживать свои действия в течение недели и записывать их в особый дневник. Как правило, в этот дневник вносят дату, время, место и краткое описание действия и оценку того, насколько приятным оно было по шкале от 0 (совсем не приятное) до 100 (очень приятное). На следующем этапе терапевт и клиент исследуют причины, по которым некоторые виды деятельности были приятными,

а другие оценены как неприятные. Цель упражнения в том, чтобы увеличить количество приятных занятий и уменьшить количество неприятных, а также сократить периоды бездействия в течение обычной недели. Кроме того, желательно, чтобы клиент установил распорядок своей повседневной жизни и придерживался регулярного режима питания и сна.

Деадаптивное поведение часто проявляется в форме открытых стратегий избегания, направленных на устранение неприятного состояния, субъективных переживаний или биофизиологических ощущений. Однако эти стратегии поддерживают деадаптивную ориентацию по отношению к переживаниям и подпитывают бесполезное эмоциональное осмысление. С явным избеганием можно работать с помощью стратегий экспозиции. Таким образом, человек переживает ранее избегаемые события в целяхощерения большей гибкости реакций.

Пример компонентов терапии, нацеленных на биофизиологические процессы

Питание, физические упражнения, секс и сон — вот некоторые из биофизиологических процессов, которые в значительной степени влияют на психологическое здоровье. Многие из рассмотренных ранее методов применимы к этим процессам. Здесь мы сосредоточимся на сне как на конкретном примере. *Гигиена сна* относится к привычкам, которые влияют на качество сна. Ниже мы приводим стратегии гигиены сна, которые вы можете порекомендовать клиентам с проблемами в этой области [20].

Улучшение гигиены вашего сна

1. Избегайте употребления алкоголя, кофеина (включая газировку и чай) и шоколада. Если не можете полностью отказаться от них, не употребляйте их в течение четырех-шести часов перед сном. Шоколад и кофеин — психостимуляторы. Алкоголь сначала вызывает сонливость; однако стимулирующий эффект проявляется через несколько часов, когда уровень алкоголя в крови падает.
2. Избегайте сладкой, острой и тяжелой пищи. Если вы не можете полностью отказаться от них, не ешьте эти продукты в течение четырех-шести часов перед сном. Вместо этого ешьте легкие блюда, которые легко усваиваются (например, курицу, белый рис, белый хлеб, вареные овощи, куриный суп, простые макароны).

3. Дайте себе немного времени, чтобы расслабиться перед сном, и избегайте напряженной умственной деятельности непосредственно перед сном.
4. Непосредственно перед сном избегайте эмоционально возбуждающих ситуаций, включая эмоциональные фильмы.
5. Убедитесь, что в спальне царит приятная обстановка. Кровать должна быть удобной. В комнате должна быть приятная (прохладная) температура, нужная влажность и хорошая вентиляция (т.е. не должно быть духоты или запахов).
6. В спальне должно быть темно и тихо. Если вокруг много отвлекающего шума, попробуйте использовать затычки для ушей или выберите другую комнату.
7. Создайте ритуал сна, который нужно выполнять перед тем, как лечь спать. Попробуйте любое из следующих действий: слушать определенную песню или альбом (например, расслабляющую классическую музыку или джаз), слушать радио или принять теплую ванну. Старайтесь не смотреть телевизор, потому что это может быть слишком возбуждающим. Кроме того, будьте осторожны с употреблением жидкости непосредственно перед сном (например, теплого молока или чая), потому что это может прервать ваш сон позже, если вам нужно встать посреди ночи, чтобы сходить в туалет. Если вы обнаружите, что употребление жидкости непосредственно перед сном не нарушает ваш сон, попробуйте теплое молоко с медом.
8. Следите за тем, какое положение для сна подходит вам лучше всего. Некоторым людям легче лежать на спине; другие предпочитают лежать на правом боку. Когда вы лежите на левом боку, сердцебиение более заметно, что может отвлекать некоторых людей.

Пример компонентов терапии, нацеленных на селф и социальные процессы

Эмоциональное и психологическое здоровье связано с позитивным предубеждением: приписывать положительные события себе, а негативные — другим причинам. Эта корыстная предвзятость, по-видимому, отсутствует или недостаточно сильна у людей с эмоциональными проблемами, поскольку они склонны приписывать негативные события внутренним (селф), стабильным (непреходящим) и глобальным (общим) причинам (например, отсутствие способностей, недостатки личности). Такой стиль атрибуции подразумевает, что негативные события, скорее всего,

повторятся в будущем в самых разных областях, что приведет к тотальной безнадежности. Разрушение позитивных когнитивных предубеждений делает мир неконтролируемым и непредсказуемым. Ниже приведен пример истории Марии, иллюстрирующий эти проблемы [20].

Настроение Марии

Мария — женщина 39 лет, которая живет со своим мужем Карлосом и тринадцатилетним сыном Алексом. У нее высшее образование в области английской литературы, и она не работала с тех пор, как родился Алекс. Ее муж — архитектор. Мария иногда описывает их брак как “шаткий”. Хотя Карлос согласен с тем, что у них иногда возникают ссоры, он не думает, что это признак каких-либо серьезных проблем в браке.

Мария испытывала приступы депрессии с тех пор, как ей исполнилось двадцать шесть лет, вскоре после того, как она родила Алекса. С тех пор ее депрессия усиливалась по крайней мере раз в год, что обычно длилось шесть месяцев или дольше. Хотя эти эпизоды часто непредсказуемы, они, как правило, происходят после серьезных изменений в жизни, таких как переезд в новый дом. Во время обострения депрессии женщина склонна отдаляться от своей семьи и испытывает сильные чувства пустоты и безнадежности. Она считает себя никчемной и непривлекательной, а также плохой женой и винит себя в проблемах в браке. Мария также теряет интерес к своим увлечениям (писательству, чтению и посещению театральных постановок), теряет аппетит и проводит много времени в постели, часто мечтая просто исчезнуть. В депрессивном состоянии она чувствует себя неспособной выполнять домашние обязанности. Мария и Карлос оба считают, что ее депрессия часто негативно влияет на их брак и, наоборот, что их разногласия — даже незначительные — часто провоцируют обострение состояния. Споры усиливают чувство никчемности и непривлекательности, и Мария верит, что муж собирается бросить ее, хотя он никогда не угрожал этим. Женщина даже рассматривала самоубийство как способ избавиться от чувства пустоты, но она никогда не искала способ сделать это. Мария говорит, что на самом деле никогда бы не попыталась причинить себе вред, потому что слишком сильно любит свою семью.

Хотя Мария любит свою семью и сделала бы все для своего сына, ей пришлось отказаться от многих своих планов, став мамой-домохозяйкой. Во время терапии она вспомнила, что ее отношения с отцом были очень напряженными, и она часто чувствовала себя непонятой и нелюбимой. Хотя она не думает, что ее муж когда-нибудь оставит ее, она беспокоится,

что он найдет другую женщину и бросит ее. Мария поняла, что ее страх быть брошенной, возможно, мешает ее отношениям с мужем. Несмотря на то что ссоры с мужем не кажутся слишком серьезными, она склонна по долгу обдумывать их даже спустя недели после того, как они случились. Катастрофическое мышление (например, “Мой муж хочет уйти от меня”) приводит к отказу от социальных отношений и мешает браку, усугубляя и, возможно, даже вызывая обострение депрессии.

Стресс — распространенный триггер психологического расстройства, и межличностный стресс бывает особенно сильным. Очевидны сильные негативные представления Марии о себе (например, “Я никчемная и непривлекательная”), но в ее случае терапия могла бы включать стратегии улучшения отношений, в рамках которых Мария и ее муж учатся открыто выражать эмоциональные потребности, слушать без отстранения или критики, валидировать чувства и создавать надежные привязанности с помощью соответствующих упражнений.

Будущее базовых компонентов терапии

Большое количество методов находятся в полном распоряжении терапевтов, задача которых назначить терапию, ориентируясь на терапевтические процессы. Мы привели здесь лишь несколько примеров. Комплексная организация базовых компонентов в функциональные классы методов вмешательства потребует продолжения исследований РВТ [22]. Нами было положено начало, и мы много освещали эту тему, включая методы, направленные социокультурные и биофизиологические процессы в измерениях когниции, аффекта, внимания, селф, мотивации и поведения [13].

Как было сказано ранее, эти процессы не являются независимыми. Они активно взаимодействуют, и один метод часто нацелен на несколько процессов одновременно. Любую стратегию нужно приспособить к потребностям клиента, и некоторые из них будут созданы на основе конкретных проблем клиента, точно так же, как строителю может потребоваться изготовить уникальное окно, когда этого требуют соображения дизайна. Гибкость в РВТ — ключевой фактор как для клиентов, так и для терапевтов. Основанный на процессах подход — это гибкий процесс, в котором два (или более) человека вовлечены в динамичное взаимодействие, похожее на танго с терапевтом в качестве мягко ведущего партнера по танцу. В следующей главе мы проиллюстрируем этот танец во время РВТ.

Курс терапии

Курс терапии со временем меняется. В основанном на процессах подходе учтены динамические особенности индивидуального опыта. В связи с этим вернемся к случаю Майи. Напомним, клиентка страдала хронической болью в спине из-за несчастного случая на работе. Первоначальная оценка показала: женщина сильно фокусируется на своем состоянии и беспокоится, что боль никогда не пройдет. Либо она может повторно травмироваться, и боль станет сильнее. Это привело к избеганию, ограничивающему профессиональную и социальную жизнь. Майя чувствовала, что несчастный случай и ее боль можно было предотвратить, поскольку вина за произошедшее лежала на начальстве, которое небрежно относилось к соблюдению мер безопасности на ее рабочем месте. Это разозлило ее и обидело.

Сначала терапевт считал, что наиболее многообещающие стратегии воздействия на преобладающие симптомы клиентки — руминация и беспокойство, внимание к боли и гневу, страх повторной травмы — включают работу с осознанностью, чтобы отстраниться от неприятного опыта и нацелиться на негативные повторяющиеся мысли. Поэтому терапевт обучил Майю навыкам осознанности, чтобы она могла фокусировать свое внимание более гибким и менее осуждающим образом, а также стимулировать здоровую вариативность и гибкий отбор. Терапевт надеялся, что Майя сможет направлять свое внимание более осознанно, вместо того чтобы поддаваться контролю своей боли.

Возвращение к сетевой модели

Терапевт Майи дал клиентке рекомендации: внимательно наблюдать за переживаниями всякий раз, когда ее разум обращается к боли или гневным мыслям, образам и чувствам. Терапевт надеялся, что факторы, которые ранее были частью дезадаптивного паттерна, вместо этого создадут

здоровый цикл, чтобы клиентка смогла направлять свое внимание более адаптивно. Это снова показано на рис. 11.1. Медитативные практики были важнейшей терапевтической стратегией, направленной на то, чтобы нарушить дезадаптивную сеть Майи. Кроме того, терапевт надеялся, что это вмешательство повысит чувство самоэффективности клиентки, сместит ее внимание на значимые цели вместо страха перед повторной травмой, ослабит руминации и уменьшит негативные чувства по отношению к травме и работодателю.

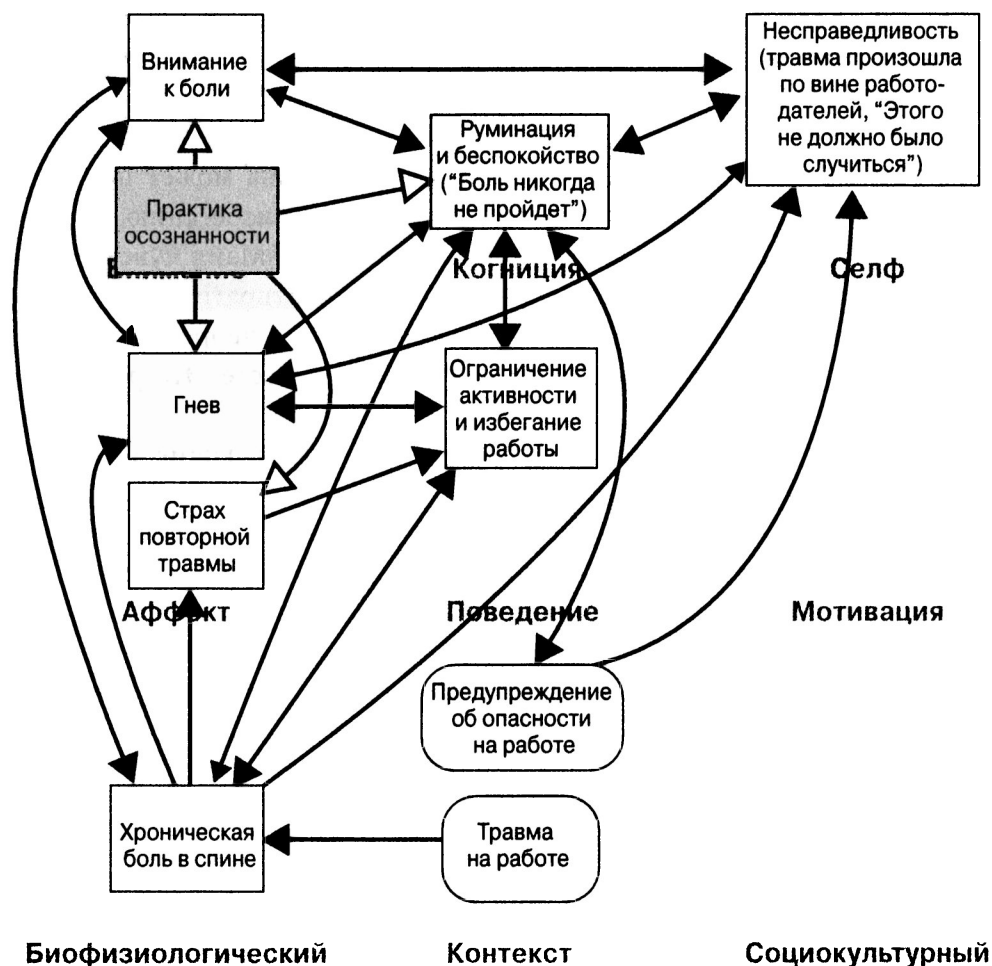


Рис. 11.1. Гипотетическое влияние практики осознанности на сеть Майи

Любая терапевтическая сеть — это динамичная система, которая меняется со временем. Это также гипотетический набор предположений, которые требуют эмпирической поддержки. Таким образом, сеть клиента представляет собой временную карту, которая меняется в ходе терапии и с течением времени. Поэтому сеть нужно все время проверять, чтобы убедиться не только в том, что вы и клиент все еще находитесь на правильном пути, но и в том, не нужно ли изменить карту. Как только готова исходная сеть, необходимо собрать доказательства, чтобы проверить ее достоверность.

Подготовка обратной связи для руководства терапией

Лучший способ получить точную обратную связь — это собрать точные данные по ключевым показателям, которые отражают изменения ключевых узлов и их связей, составляющих сеть. Если сеть отражает гипотезу о том, что между двумя узлами существует сильное влияние, то показатели, оценивающие эти узлы, также должны показывать сильную взаимосвязь. В случае Майи терапевт предположил, что медитативные практики напрямую (и положительно) повлияют на ее страх травмироваться, внимание к боли, руминации, беспокойство и гнев. Кроме того, сеть отражает гипотезу терапевта о том, что медитация поможет ей сосредоточиться на значимых целях и повысит самооценку.

Чтобы собрать некоторые из этих релевантных данных, терапевт сначала исследовал способы измерения некоторых из этих концепций. Самый важный момент в случае Майи заключается в том, оказывают ли практики осознанности желаемый эффект на страх повторной травмы, руминации, беспокойство и гнев.

Подготовка таких данных увеличивает нагрузку на клиента, поэтому полезно задействовать технологические инструменты. Например, смартфон может собирать множество потенциально ценной информации, особенно в сочетании с биосенсорами (например, для измерения вариабельности сердечного ритма или активности). Каждый смартфон уже собирает данные об активности (например, количество шагов в течение дня), предоставляет геолокацию и отслеживает социальные контакты (количество посещений определенных приложений социальных сетей или текстовых сообщений). С помощью приложения, которое часто запрашивает у клиента простые оценки по шкале Лайкерта соответствующих узлов сети (например, оценки

эмоций по шкале от 0 до 10), также можно собрать необходимую информацию. Если вы примете РВТ в свою клиническую практику, мы рекомендуем вам максимально использовать потенциал электронных носителей во время терапии, чтобы собирать различные данные, минимизируя нагрузку на клиента и максимально вовлекая его в процесс. Другой вариант подготовки информации — это, конечно, простой мониторинг с помощью ручки и бумаги. По соображениям простоты с Майей мы выбрали этот вариант.

Проблемы Майи с медитацией

Терапевт. Майя, как мы уже обсуждали, существует большая вероятность того, что практика осознанности уменьшит ваш страх перед повторной травмой, руминациями, беспокойством и гневом — или по крайней мере уменьшит их нежелательное воздействие. Вы готовы попробовать?

Майя. Конечно. Мне интересно. Давайте попробуем.

Терапевт. Чудесно. Почему бы нам сначала не убедиться, что медитация действительно дает желаемый эффект? Придется приложить некоторые усилия, потому что я попрошу вас записывать кое-что.

Майя. О, это вполне нормально; я не возражаю, если это не очень сложно (*смеется*).

Терапевт. Ничего сложного. Но все же нам нужно понять, как все происходит, чтобы эффективно повлиять на это. Понимаете?

Майя. Конечно.

Терапевт. Поэтому не будем ничего усложнять. Вам не понадобится много времени, чтобы собрать наиболее важную информацию для адаптации терапии. На что, по вашему мнению, стоит обратить внимание в рамках разработанной нами сети?

Майя. Точно на мою боль. Хотелось бы уменьшить ее.

Терапевт. В точку. Тогда попробуем оценивать интенсивность боли. Допустим, во время медитации вы оцениваете ее силу по шкале от 0 до 10. Взглянем на сеть. Что еще было бы неплохо записать, чтобы убедиться в ее точности?

Майя. Думаю, еще стоит обратить внимание на мой страх перед новой травмой. Я много думаю об этом.

Терапевт. Согласен. Итак, запишем следующее о вашей практике осознанности каждый день в течение следующих двух недель (*передайте клиенту форму, табл. 11.1*).

Таблица 11.1. Мониторинг Майи

Дата и время	Длительность медитации (мин.)	Глубина медитации (0–10)	Страх перед повторной травмой (0–10)	Руминация и беспокойство (0–10)	Гнев (0–10)	Боль (0–10)
Первая половина дня						
Вторая половина дня						

Терапевт. Чтобы определить, даст ли осознанность желаемый эффект, прошу вас медитировать дважды в день в течение следующих двух недель. Записывайте, как долго медитировали, в минутах, и насколько глубокой была медитация по шкале от 0 до 10, а затем указывайте свой уровень страха, руминации, беспокойства и гнева во время каждой практики. Пожалуйста, практикуйтесь примерно в одно и то же время, по одному разу в первой и во второй половине дня. Запланируйте это на такое время и в таком месте, когда вас не станут отвлекать. У вас есть вопросы?

Майя. Нет. Я смогу это делать. Без проблем.

Терапевт. Я понимаю, что задание не из легких, но в течение следующих двух недель нам действительно нужно сделать это, чтобы определить, на правильном ли мы пути. Иначе мы в лучшем случае напрасно тратим время, а в худшем — движемся в обратном направлении. Поэтому очень важно собрать эти данные. Думаете, все получится?

Майя. Да, все получится.

Терапевт. Прекрасно. Спасибо. У вас уже есть предположения насчет места и времени медитации?

Обсуждение обратной сети

Независимо от типа данных и источника, на следующем этапе необходимо все тщательно изучить. Традиционная КПТ обычно предполагает подготовку аналогичной информации, но не на регулярной основе. Затем эти данные часто используются в качестве краткой проверки влияния терапии на проблему клиента.

В РВТ они выполняют гораздо более важную функцию — помогают изучать источники различных задач, например с помощью ковариации оценок. В простейшем случае это делается путем проверки взаимосвязи между изменениями двух переменных в ожидаемом направлении. Общая тенденция (например, улучшение с течением времени) значительно менее важна, чем структура ковариации между показателями, которые, как предполагается, образуют причинно-следственную связь.

В рамках вмешательства терапевт и Майя решили попробовать медитацию, чтобы нарушить дезадаптивную сеть. Гипотетически введение регулярных медитативных практик повысит уровень осознанности клиентки и уменьшит ее страх перед повторной травмой, руминации и беспокойство, а также гнев, связанные с травмой. Однако мониторинг Майи показал совсем иную картину (табл. 11.2).

Хотя Майя регулярно практиковала медиацию, ее страх перед повторной травмой, руминации, беспокойство и гнев практически не изменились. Она и ее терапевт обсудили это на следующем сеансе, чтобы изучить влияние медитации на эмоциональное состояние.

Терапевт. Спасибо вам за выполнение медитативных практик и заполнение формы. Каковы ваши впечатления?

Майя. Спасибо. Думаю, все прошло нормально. Мне было трудно так долго удерживать одну позу, но в конце концов я освоилась.

Терапевт. Прекрасно. Вам понравилось медитировать?

Майя. Не знаю. Жаль признаваться, но, по-моему, это не сработало. Ни моя боль, ни опасения насчет нее никуда не делись. Возможно, нужно больше времени. Наверное, стоит продолжать пытаться.

Терапевт. Безусловно, есть такой вариант. Продолжим еще немного. Посмотрим, как будет дальше. Но есть и другой вариант. Возможно, это просто неподходящий для вас метод. Стоит убедиться,

что мы выбрали правильную стратегию для решения вашей проблемы. Как вы считаете, следует ли нам еще раз все проанализировать, прежде чем продолжить?

Майя. Да, вреда не будет.

Таблица 11.2. Мониторинг Майи (неделя 1)

Дата и время	Длительность медитации (мин.)	Глубина медитации (0–10)	Страх перед повторной травмой (0–10)	Руминация и беспокойство (0–10)	Гнев (0–10)	Боль (0–10)
Ср., 9:00	10	5	9	9	9	9
Ср., 15:00	10	5	9	8	9	9
Чт., 9:00	15	6	9	9	9	9
Чт., 16:00	15	6	8	9	9	9
Пт., 9:00	20	6	8	9	9	9
Пт., 15:00	20	6	9	9	9	9
Сб., 10:00	30	7	8	9	9	9
Сб., 14:00	30	7	8	9	9	9
Вс., 10:00	30	7	9	9	9	9
Вс., 14:00	30	6	9	9	9	9
Пн., 9:00	10	5	9	9	9	9
Пн., 16:00	10	6	9	9	9	9
Вт., 8:00	20	6	9	9	9	9
Вт., 18:00	20	6	8	9	8	9

Возможно, что благодаря повторной практике осознанности Майя научится по-другому реагировать на свою боль и перенаправлять свое внимание на адаптивные стимулы. Однако неясно, можно ли ожидать этого благотворного эффекта осознанности и когда именно. Без явных и немедленных преимуществ продолжение этой практики для Майи может привести к обострению ее проблем, обескуражить и расстроить ее и терапевта и даже повысить риск преждевременного прекращения лечения. Вместо того чтобы продвигаться вперед с помощью обычно полезной, но в случае Майи сомнительной стратегии, терапевт РВТ пересматривает подход.

Исследование сети

Если гипотеза о сильной взаимосвязи подтверждается, то изменения в измерении одного узла должны быть последовательно связаны с изменениями в измерении другого узла. Если это так, можем оставить все как есть на некоторое время (пока сеть снова не изменится). Если что-то не складывается, значит, узлы исследованы неточно и (или) они не связаны напрямую.

Помните, что простая ассоциация не подразумевает причинно-следственной связи. Однако в нашей сети есть место для предположений о направленности и, следовательно, о причинно-следственной связи. Изучение причинно-следственной связи между узлами часто требует подробных обсуждений на сеансах терапии. Иногда эффект более очевиден. Например, совершенно очевидно, что страх Майи перед повторной травмой вызван хронической болью в спине и что боль в спине заставляет ее беспокоиться. Многие узлы в сети Майи взаимосвязаны, но причинно-следственная связь двух узлов иногда асимметрична (например, руминация вызывает у Майи гнев, и гнев также влияет на руминацию, но в меньшей степени). С данными смартфона или биосенсора исследуем временную взаимосвязь между двумя показателями, чтобы определить направленность и причинно-следственную связь измерений.

Продемонстрировать это нелегко, ведь существует задержка во времени, связанная со значительным влиянием одной переменной на другую. Например, проблемы со сном накануне вечером вызывают плохое настроение на следующий день, даже если клиент не осознает этой связи, отчасти из-за временной задержки. Мониторинг соответствующих данных, изучение модели ковариации и определение направленности и причинно-следственной связи способны во многом прояснить проблему и предоставить возможность эффективного вмешательства.

Терапевт. Я хочу лучше понять, почему медитация не помогает или даже усугубляет ситуацию. Это может прояснить процесс, на котором нам нужно сосредоточиться. Попробуем провести медитацию здесь, на сеансе, и вы поделитесь со мной каждой мыслью и образом, которые возникают у вас в голове по ходу упражнения. Было бы проще всего, если бы я мог спрашивать вас, о чем вы думаете в этот самый момент. Так что когда я спрошу: “Сейчас?”, попытайтесь сформулировать свои мысли, образы или эмоции в тот самый момент практики и расскажите мне. Не нужно давать

подробный ответ. Просто скажите что-то вроде “фокус на дыхании”, “слышу звук” или “покалывание в ноге”. Я буду спрашивать вас каждые несколько минут. Договорились?

Майя. Да.

Терапевт. Прекрасно. Начинаем!

Майя (*медитирует*).

Терапевт (*через две минуты*). Сейчас?

Майя. Дыхание успокаивается.

Терапевт. Отлично. (*Еще через две минуты.*) Сейчас?

Майя. Дыхание успокаивается.

Терапевт. Хорошо. (*Делает заметки... еще через две минуты.*) Сейчас?

Майя. Болит спина.

Терапевт. Так... (*Делает заметки... еще через две минуты.*) Сейчас?

Майя. Я расстроена из-за боли в спине. Нужно сменить позу, чтобы уменьшить ее.

Майя отвечала на подсказки терапевта мыслями и образами, относящимися к настоящему моменту, но она также постоянно делала акцент на высказываниях, связанных с болью, таких как “Болит спина” или “Нужно сменить позу, чтобы уменьшить боль”.

Стало ясно, что медитация зафиксировала ее внимание на боли. Следовательно, практика осознанности не оказала предполагаемого влияния на проблемы Майи, связанные со страхом повторной травмы, руминацией, беспокойством и гневом. Напротив, казалось, что проблема непреднамеренно усугубляется. Возможно, стоило бы еще немного потренироваться, чтобы получить весомый результат, но изменение подхода могло бы дать более быстрые преимущества.

Этот пример подчеркивает важную особенность РВТ: использование сеанса терапии как поля для экспериментов, а не как традиционной консультации, которая зачастую отделена от реального опыта клиента. Подход РВТ заключается в том, чтобы попробовать стратегию здесь и сейчас и вовлечь терапевта в процесс.

Изменение сети

Медитация и наблюдение за ее воздействием на страх, руминацию, беспокойство и гнев были ценным опытом, несмотря на то, что он показал: данная стратегия в настоящее время не подходит клиентке. Включение практики в сеанс показало, что медитация привлекает внимание к боли.

Поскольку в РВТ руководствуются вариативностью, отбором и сохранением в контексте на всех уровнях, терапевт варьировал различные доказательные стратегии, обоснованные на теоретических моделях (т.е. практика осознанности уменьшает страх и гнев за счет работы с руминацией и беспокойством). Однако, поскольку стратегия не возымела желаемого эффекта, терапевт решил не отбирать ее и не сохранять. Клиентку не просят продолжать практику. Вместо того чтобы считать это неудачей, полученный опыт будет использован для дальнейшего исследования природы проблемы Майи.

Терапевт изменил сеть Майи, включив в нее фактическую роль практики медитации (рис. 11.2). Как отражено в сети, медитация имела непреднамеренный эффект усиления страха перед травмой, руминации, беспокойства, гнева и даже самой боли в спине. Возможно, что практика напрямую связана с этими переживаниями или косвенно — через усиление внимания к переживанию боли.

Выбор новой стратегии

Конечно, вполне возможно, что первоначальная стратегия (практика осознанности) имела бы совсем иной эффект с другим клиентом или при других обстоятельствах. Если бы медитация была эффективна, терапевт работал бы с Майей, чтобы найти способы извлечь максимум преимуществ и сохранить практику (например, установив четкое расписание для упражнений). Однако терапевты должны быть готовы проявить гибкость в выборе стратегии, наиболее адаптивной для данного клиента в данном контексте. В случае с Майей все сработало не так, как предполагалось. Это не означает, что терапевт “возвращается к первоначальному наброску” каждый раз, когда попадаете ухаб на дороге. Предыдущая стратегия не была “провальной” — это был шаг вперед в понимании природы проблемы клиента. Это проиллюстрировано в приведенном ниже диалоге.

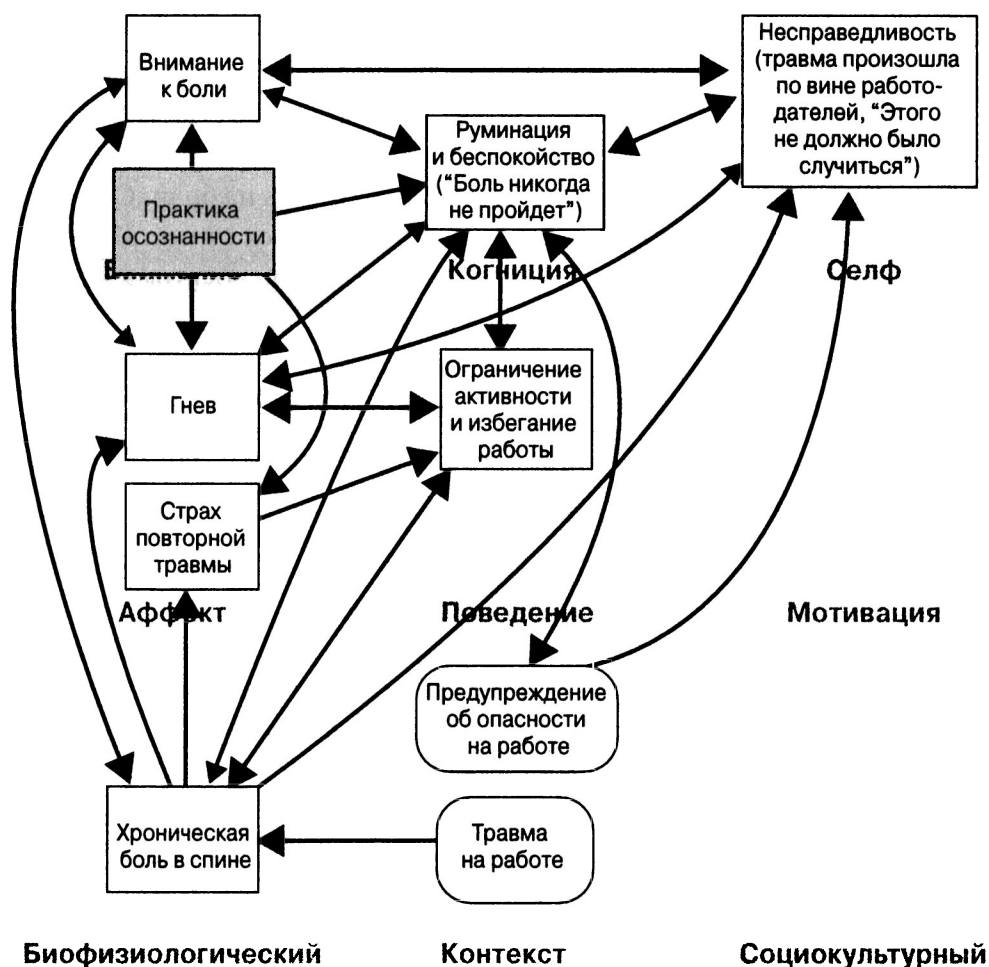


Рис. 11.2. Отсутствие желаемого влияния осознанности Майи

Терапевт. Имеет ли смысл эта сеть? Она влияет на осознанность?

Майя. Да, думаю, имеет.

Терапевт. Мы узнали кое-что очень важное: медитация усиливает вашу боль, гнев и даже страх перед повторной травмой, руминации, беспокойство и внимание к боли. Как вы думаете, в чем заключается процесс, посредством которого это происходит? Как получилось, что медитация усиливает болевые ощущения?

Майя. Может, я делаю это неправильно.

Терапевт. Думаю, у вас все отлично. Правда. Мы смогли убедиться, что эта практика, весьма полезная в других случаях, не способна дать результат в вашей текущей ситуации. Может быть, позже все будет по-другому, но не сейчас. Как думаете, почему в данных обстоятельствах мы получили то, что получили?

Майя. Кажется, я слишком сильно концентрируюсь на боли. Она всегда со мной. Постоянно. Невозможно скрыться от нее. И выполняю упражнения, я просто сижу, и мысли переносятся к боли.

Терапевт. Логично. Может внести это в сеть, чтобы показать, что медитация повышает внимание к боли, что, в свою очередь, обостряет ощущение боли, гнев и так далее. Правильно?

Майя. Да.

Терапевт. Хорошо. Что теперь делать с этой информацией?

Майя. Ну, это может помочь перестать фокусироваться на боли.

Терапевт. Согласен. Хотя нам очень трудно не думать о чем-то, когда не хотим об этом думать. Например, если бы я попросил вас не думать о белом медведе, этот белый медведь превратился бы в навязчивый образ (*терапевт иллюстрирует это*). Однако можем немного отдохнуть от вашего беспокойства. Как думаете?

Майя. Было бы отлично! Но как?

Здесь возможен целый ряд вариантов. Некоторые из наиболее эффективных ключевых стратегий или терапевтических навыков (напомним, что мы называем это базовыми компонентами терапии) были подробно описаны в нашей книге *Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на процесс*¹¹ [13], в которой мы посвятили по главе каждому компоненту, снабдив теорию конкретными практическими советами.

Нет абсолютно правильного или неправильного ответа. Некоторые из этих компонентов будут более полезными, чем другие. На самом деле многие стратегии окажутся неэффективными в случае Майи, потому что не нацелены на базовый процесс и, следовательно, не смогут вторгнуться в ее сеть. Часто несколько методов могут быть подходящими, поскольку нацелены на несколько процессов или узлов в сети. Ниже приведен список распространенных доказательных методов терапии.

¹¹ Стивен С. Хейс, Стефан Г. Хофманн. *Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на процесс*. — Диалектика, 2022. — 592 с.

Основные компоненты терапии

Контингентный менеджмент	Когнитивная переоценка
Стимульный контроль	Модификация глубинных убеждений
Шейпинг	Когнитивное разделение
Самоменеджмент	Культивирование психологического принятия
Терапия, фокусированная на решении проблемы	Тренировка внимания
Редукция возбуждения	Выбор и прояснение ценностей
Коупинг (регуляция эмоций)	Осознанность
Экспозиционные стратегии	Повышение мотивации
Поведенческая активация	Кризисный менеджмент
Навыки межличностного общения	

Стратегии организованы в большие блоки, и хотелось бы надеяться, что все терапевты, независимо от направления, ознакомлены с каждым из них. В РВТ рекомендуется выбрать наиболее подходящий метод для эффективного воздействия на глубинный процесс клиента в конкретном контексте, а это невозможно, если существует только очень ограниченный набор. Прежде чем даже поговорить с клиентом, терапевт, ориентированный на традиционное поведенческое направление, может быть более склонен сосредоточиться на экспозиции, стимульном контроле и шейпинге, а терапевт АСТ — на работе с ценностями и когнитивном разделении; терапевт традиционной КПТ — на когнитивной переоценке и т.д. Это не имеет смысла. Все эти методы вписываются в большинство моделей доказательной терапии. Выбор стратегии должен быть основан на потребностях клиента, выясненных путем функционального анализа на основе процессов.

Действие. 11.1. Выбор основного компонента терапии

Еще раз взглянем на выбранную проблему и рассмотрим, какие методы терапии лучше использовать в вашем случае. Укажите цель (цели) для каждого вмешательства и вероятность успеха по шкале от 0 до 10.

Основные компоненты терапии	Цель(и)	Вероятность успеха (0–10)
Контингентный менеджмент		
Стимульный контроль		
Шейпинг		
Самоменеджмент		
Терапия, фокусированная на решении проблемы		
Редукция возбуждения		
Коупинг (регуляция эмоций)		
Экспозиционные стратегии		
Поведенческая активация		
Навыки межличностного общения		
Когнитивная переоценка		
Модификация глубинных убеждений		
Когнитивное разделение		
Культивирование психологического принятия		
Тренировка внимания		
Выбор и прояснение ценностей		
Осознанность		
Повышение мотивации		
Кризисный менеджмент		

Пример

Чтобы проиллюстрировать, как использовать эту таблицу в качестве руководства для выбора основных методов терапии, обратимся к клиенту с социальной тревожностью, заполненная таблица которого выглядела так, как показано ниже. Было бы вполне разумно сосредоточиться на компонентах с рейтингом 8 и 9.

Основные компоненты терапии	Цель(и)	Вероятность успеха (0–10)
Экспозиционные стратегии	Экспозиция социальных ситуаций, которые провоцируют страх и нервозность	7
Модификация глубинных убеждений	Изменить убеждения относительно существования двух лагерей: победителей и неудачников. Изменить установки "я неудачник" и "надо доказать себе"	8
Когнитивное разделение	Избавиться от болезненных мыслей ("я неудачник")	7
Культивирование психологического принятия	Практиковать принятие чувств страха и нервозности	9
Тренировка внимания	Практиковать гибкое перенаправление внимания вовне, на других людей	5
Выбор и прояснение ценностей	Прояснить, что для меня важно в социальных ситуациях	5
Осознанность	Практиковать пребывание в настоящем моменте с самим собой, со своими эмоциями, здесь и сейчас	8

Возвращаясь к случаю Майи, мы уже выбрали медитацию как практику осознанности в качестве средства против страха клиентки перед повторной травмой, руминацией, беспокойством, гневом и переживанием боли. Процессы внимания по-прежнему важны, но изначальный метод терапии повлиял на них неожиданным образом. Теперь терапевту предстоит подступить к вниманию по-другому, как показано в следующем фрагменте беседы.

Терапевт. Давайте определим время, которое вы можете посвятить своей боли. Скажем, два часа — с 14:00 до 16:00 ежедневно. Можете беспокоиться столько, сколько захотите, в течение этих двух часов, но все остальное время у вас должно быть свободно от переживаний. Так что, если у вас возникает желание подумать о своей боли утром, отложите его до 14:00, когда сможете беспокоиться столько, сколько захотите, в течение двух часов. Как вам идея?

Майя. Интересно. Хотя не думаю, что хотела бы посвятить беспокойству целых два часа. Но давайте попробуем.

Терапевт. Прежде чем приступить, подумаем еще, как эта предположительная передышка от тревоги повлияет на вашу сеть. Согласны ли вы с этой сетью? (*Показывает рис. 11.3.*)

Передышка от беспокойства (позитивная переформулировка вмешательства во время беспокойства) не была отдельным методом терапии, показанным выше. Это стратегия, которая включает в себя в первую очередь основы тренировки внимания и в некоторой степени стимульный контроль и самоменеджмент. Это фундамент для конкретных стратегий лечения, нацеленных на конкретный процесс в случае Майи. Несмотря на то что этот вариант не часто используется, воздействие на целевой процесс должно быть быстрым и очевидным, так что мы не отказались от эмпирически ориентированного подхода.

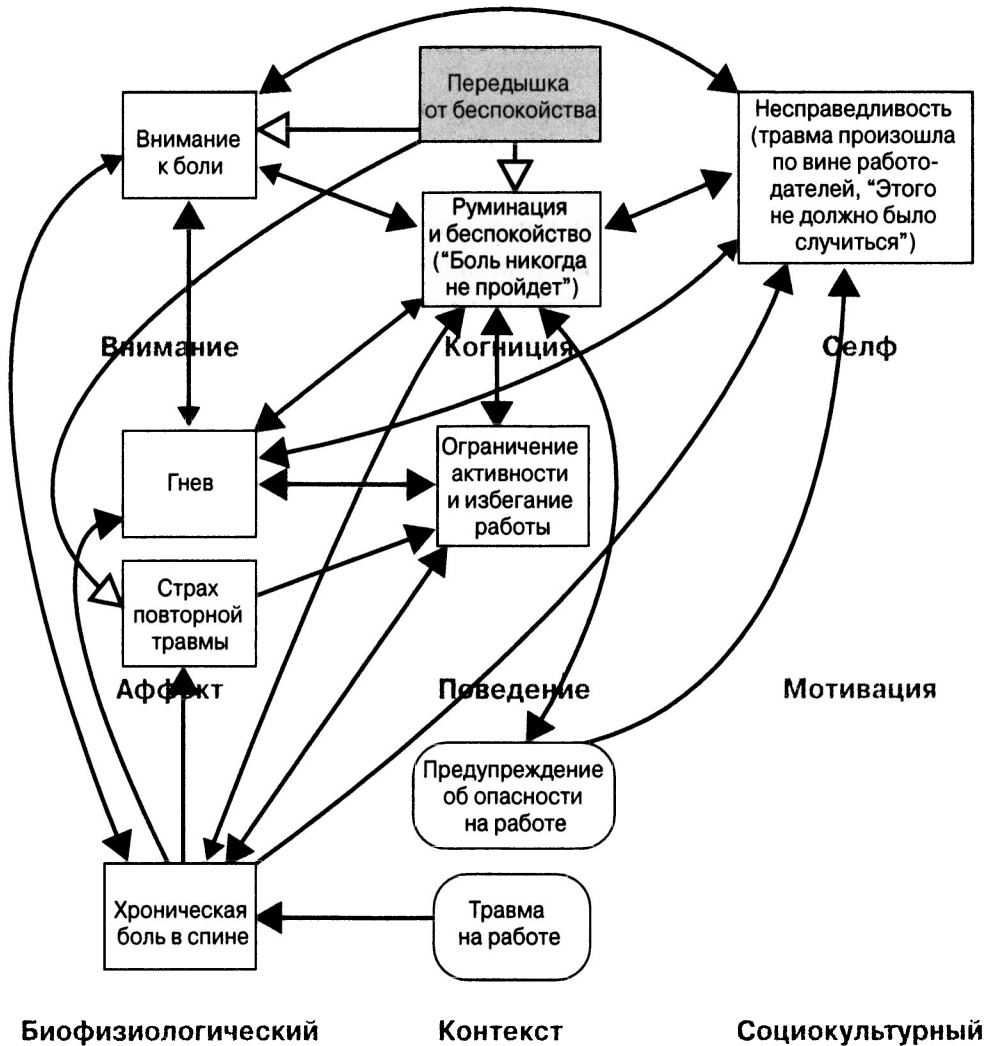


Рис. 11.3. Влияние передышки Майи от беспокойства

Дополнительная обратная связь

Вместе с Майей терапевт проверил, правильно ли был выбран процесс, т.е. связана ли “передышка от беспокойства” с меньшим количеством руминаций и тревоги, вниманием к боли и страхом перед повторной травмой. Если все правильно, то гнев клиентки и интенсивность переживания боли уменьшится (косвенно или даже напрямую). Еще один двухнедельный этап мониторинга прояснит эти предположения и при необходимости потребует новых изменений сети.

Терапевт. Что мы должны измерить, чтобы убедиться: новая сеть точна?

Майя. Действенность передышки от беспокойства.

Терапевт. Хорошо. Будем в течение следующих двух недель ежедневно заполнять такую форму (*передайте клиенту форму, табл. 11.3*). Используйте ее для:

- записи своего свободного от забот времени; оценки самочувствия по шкале от 0 (совсем плохо) до 10 (очень хорошо);
- оценки страха перед повторной травмой по шкале от 0 (страха нет) до 10 (очень большой страх);
- оценки руминации и беспокойства по шкале от 0 до 10;
- определения уровня гнева по шкале от 0 до 10.

Таблица 11.3. Частичный мониторинг Майи

Дата и время	Передышка от беспокойства (мин.)	Хорошее самочувствие (0–10)	Страх перед повторной травмой (0–10)	Руминация и беспокойство (0–10)	Гнев (0–10)	Боль (0–10)
Первая половина дня						
Вторая половина дня						

Цель мониторинга — проверить, дает ли вмешательство желаемый эффект. Другими словами, будет ли передышка от беспокойства улучшать настроение, уменьшать страх перед повторной травмой, а также положительно влиять на беспокойство, гнев и боль? Если получим желаемый эффект, Майе следует сохранить данную простую стратегию и в дальнейшем развивать ее. Если этот вариант не увенчается успехом после того, как вы всячески ему содействовали, следует рассмотреть другие пути. В конечном счете в РВТ переходим от простых процессов к сложным. Далее покажем, как это происходит.

Переход к сложным процессам

Вмешательство, которое мы только что выбрали, могло бы принести пользу, предоставив Майе кратковременное облегчение от боли за счет воздействия на повторяющееся негативное мышление, включая беспокойство и руминации. Это специфические когнитивные процессы, связанные с переживанием боли.

Как только Майя почувствует в себе силы справиться с болью и получит контроль над когнитивными процессами, связанными с болью, можно рассмотреть другие стратегии вмешательства, нацеленные на более сложные процессы, например связанные с селф и социальными проблемами. Как мы уже обсуждали, участие в профсоюзе работников и прочие виды поведения продвигают клиентку к ее значимым целям. Другие стоящие внимания терапевта стратегии направлены на восстановление социальной сети клиентки и качества жизни. Сюда относится регулярная утренняя тренировка с соседом и участие в общественных мероприятиях. Как и в случае с практикой медитации, терапевт и Майя должны тщательно оценить и проверить воздействие каждой стратегии, чтобы определить и измерить предлагаемый процесс, с помощью которого вмешательство может сработать.

Если вмешательство не дает желаемого эффекта и не нацелено на правильный для клиента процесс, вам нужно будет гибко изучить другие методы терапии, чтобы найти наиболее подходящий подход к данному клиенту в его контексте. По возможности стратегии не должны ограничиваться домашними заданиями; исследование процессов также происходит во время сеансов. Мы не поощряем ролевые игры и вместо этого призываем вас быть внимательными и подмечать проявления исследуемого процесса во время разговоров с клиентом.

Можете воспользоваться наводящими вопросами ниже, чтобы определить наилучшие методы терапии для конкретного клиента в конкретном контексте и внести необходимые изменения, основываясь на обратной связи.

Наводящие вопросы. Курс терапии

Понимание проблемы

- Каковы основные проблемы и критические узлы?
- Как узлы функционально связаны?
- Где находятся самоподдерживающиеся и положительные петли обратной связи?
- Были ли учтены все измерения ЕЕММ?

Планирование терапии

- Каковы краткосрочные цели?
- Каковы долгосрочные цели?
- Какие элементы в сети препятствуют достижению этих целей?
- Каковы возможные стратегии эффективного вмешательства?

Осуществление стратегий

- Как вы адаптируете ту или иную стратегию к конкретной сети клиента?
- Как вы гарантируете, что стратегия реализована правильно?
- Можно ли применять эту стратегию на практике во время сеанса?
- Как вы контролируете реализацию?

Изучение влияния стратегии на сеть

- Как лучше всего измерить изменения?
- Продвигается ли процесс изменений в ожидаемом направлении?
- Показывают ли узлы ожидаемую степень ковариации (и направленности)?
- Следует ли пересмотреть стратегию или сеть?

От проблем — к процветанию: сохранение и приумножение достижений

Доказательные методы лечения долгое время были сосредоточены на важности “программирования для поддержания” в клинической работе. Классические примеры включают в себя:

- предвидение и планирование промахов;
- дополнительную экспозицию ситуаций, эмоций или мыслей, которые с большой долей вероятности приведут к возобновлению прошлых проблем;
- стимулы для поддержания мотивации (например, стратегии обязательств, публичное размещение информации о прогрессе).

Появились отдельные подходы к вмешательству, такие как “профилактика рецидивов”.

Эти классические методы поддержания являются первым этапом, но в рамках основанного на процессе направления это еще не все. Поддержание согласно РВТ требует смещения фокуса как для клиента, так и для терапевта. Успешное поддержание с точки зрения РВТ включает:

- фокус на процессах, а не на непосредственных результатах;
- создание самоподдерживающихся циклов вокруг здоровых процессов изменений;
- практику и повторение ключевых процессов изменений;
- интеграцию здоровых процессов в более широкие схемы действий;
- повторное появление проблемных областей в качестве сигналов для позитивных процессов изменений.

В этой главе рассмотрим каждый из этих пяти аспектов успешного поддержания.

Фокус на процессах, а не на непосредственных результатах

Ближайшие “результаты” в РВТ — сами процессы. Важно, *как* происходят изменения, а не только то, что они *происходят*, поскольку в будущем навыки позитивного процесса позволят человеку целенаправленно улучшать свою жизнь.

Предположим, два студента готовятся к экзамену, и оба в итоге получают одинаково высокий балл. Первый студент сначала не очень хорошо ориентировался в теме, но усердно занимался и проверял свои знания с помощью тестовых заданий, пока не убедился, что знает материал. У второго студента были способности, а его сестра посещала тот же класс двумя годами ранее и точно знала, что будет на экзамене.

Кто из этих двух студентов, по вашему мнению, получит хорошую оценку в следующий раз? Если вы прогнозируете, основываясь только на результатах, оба варианта будут одинаково вероятны, но любой вдумчивый человек предскажет, что первый студент будет в лучшем положении, поскольку источник хорошей оценки более надежен и находится под контролем человека. Так же обстоит дело и с процессами изменений.

Этот же момент помогает объяснить, почему у людей часто с самого начала возникают проблемы. Все люди со временем развивают навыки, и было бы логично полагать, что все они со временем становятся все лучше и лучше в достижении своих целей методом проб и ошибок. Это было бы логично, но неправильно, потому что люди могут извлечь неправильный урок из собственного опыта. В целом бесполезные процессы изменений часто приводят к положительным результатам в краткосрочной перспективе, благодаря чему негативные процессы укрепляются, и человек прибегает к ним в другое время и в других местах, нанося себе долгосрочный вред. Средства имеют такое же значение, как и результат.

Например, предположим, что человек испытывает глубокое чувство неполноценности. Он боится, что он нежеланный, неспособный и непривлекательный. Чтобы избежать болезненного состояния, он заставляет себя преуспевать с помощью внутренних угроз и требований, скрывая глубокие эмоции и убеждения, уверенный, что никто не захотел бы быть рядом с ним, если бы такая уязвимость была очевидна. Да, может последовать

“успех”, ведь даже побитая лошадь способна достичь пункта назначения, но “успех” будет неполноценным, потому что вместо того, чтобы наслаждаться достижениями, человек глубже погружается в растущее чувство неполноценности и одиночества, несмотря на победы. Хуже того, “успех” закрепит существующие процессы, а затем в другое время и в другом месте, где требуются более здоровые навыки работы с процессами, например при построении подлинных отношений, человек прибегнет к процессам, неспособным привести к желаемому результату.

Клиентов и терапевтов легко одурачить одними только результатами. Это человеческая склонность хвататься за сиюминутные результаты, даже если это неразумно в долгосрочной перспективе. Ситуация усугубляется при преднамеренном создании психологических изменений, поскольку в мире результатов иногда что-то должно сперва ухудшиться, прежде чем стать лучше. Образно говоря, если попытаться помыть стакан с толстым слоем осадка на дне, сначала вода станет ужасно мутной и покажется, что лучше было все оставить как есть. Если паре необходимо обсудить проблемы, которым много лет, логично, что обсуждение будет жарким и болезненным, преисполненным конфликтов, даже если сам процесс в целом здоровый. Любой терапевт, работающий в рамках доказательной терапии, знает такие примеры: вспышки угасания, короткий рецидив, часто наблюдаемый на ранних стадиях когнитивной терапии депрессии, который знаменует глубокое взаимодействие, сложные эмоции во время экспозиции и т.д. В подобных ситуациях, если клиент и терапевт считают процессы результатами, помимо краткосрочных выгод как таковых, клиент скорее предпримет все, что способствует общему прогрессу.

Рассмотрим пример клиента с социальной тревожностью, который собирается произнести речь. Здоровые шаги, такие как предварительная практика, высокая степень осознанности и эмоциональной открытости, помогут человеку сосредоточиться на эффективности, повышая вероятность успеха выступления в долгосрочной перспективе. “Прежде всего, сосредоточьтесь на том, чтобы просто присутствовать”, — мог бы сказать терапевт, ориентированный на процесс, возводя сами процессы в ранг результатов. Неразумный терапевт может больше сосредоточиться на особенностях самой речи, даже если это подразумевает нездоровое предположение о том, что говорящий может и должен устранить тревогу.

Здесь стоит отметить, что ориентированный на процесс подход создания надежных и долговременных изменений применен и к самому терапевту. Одна из главных сильных сторон основанного на процессах подхода

заключается в том, что фокус на процессах изменений помогает обеспечить немедленную обратную связь со специалистом. Более общим направлением является терапевтический альянс и позитивное изменение симптомов, о котором сообщают клиенты. Но оба они являются слабыми ориентирами. Куда лучше полагаться на правильно выбранные процессы изменений.

Терапевтический альянс обычно связан с результатами, но это происходит главным образом потому, что хорошее взаимодействие моделирует и стимулирует позитивные процессы изменений, такие как самосострадание, самоподдержка и активная позиция по отношению к своей жизненной ситуации. Это правда, потому что, когда процессам здоровых изменений позволяют статистически конкурировать с терапевтическим альянсом, альянс обычно не является значимым медиатором изменений [10]. Другими словами, альянс — это средство достижения цели, а “цель” — это освоение здоровых процессов изменений, которые моделируются и поддерживаются в терапевтических отношениях.

Изменение симптомов само по себе как ближайший результат вызывает беспокойство, поскольку может произойти с помощью подавления или других средств, которые не предсказывают будущего успеха. Таким образом, установка “процесс как результат” может помочь не только клиенту, но и терапевту, давая специалисту надежную информацию о том, как продвигается терапия. Вот почему мы призвали к разработке кратких показателей процесса от сеанса к сеансу [29].

Целенаправленные долгосрочные результаты — это другой показатель для терапевта и клиентов. Если соблюдено соответствие истинным целям клиента, то они действительно являются окончательным критерием эффективности. Однако не стоит бездумно путать такие результаты с долгосрочным уровнем признаков или симптомов. Традиционная психиатрическая нозология слишком узконаправлена и не имеет права переопределять выбор клиента в отношении его целей, поэтому, если клиент не выберет работу со своими симптомами в качестве долгосрочной цели, признаки и симптомы не должны рассматриваться как имеющие центральное значение для достижения конечных результатов. Тщательно подобранные итоги, основанные на выборе клиента, — окончательный критерий терапии, но обычно, по определению, это неудачное руководство для врачей, и поэтому они, скорее всего, будут иметь значение только в организованных исследованиях.

Создание самоподдерживающихся циклов вокруг здоровых процессов изменений

Эволюционирование намеренно поощряется путем согласования контекстуально подходящих вариаций и выборочного сохранения с правильным процессом изменений. Самоподдерживающиеся циклы — явный признак такой согласованности. Например, человек беспокоится о произнесении речи и фокусируется на “присутствии” во время выступления. Он замечает, когда его внимание рассеивается или возникают запутанные мысли. Обладая нужными навыками, он сможет перенаправить внимание или выбрать полезные мысли, т.е. повысить не только вероятность успешной речи, но и вероятность применения таких навыков в следующий раз во время других выступлений или в других коммуникативных ситуациях. Затем может быть укреплен самоусиливающийся набор связей, когда поиск возможностей высказаться, практика и подготовка, пребывание в настоящем и развитие здоровых психологических процессов постепенно приводят к уверенности в таких ситуациях.

Сетевое мышление полезно в этом аспекте планирования терапии. Специалисту необходимо подумать о возможных естественных последствиях позитивных изменений процесса. Если они существуют в жизни клиента, как эти здоровые изменения процесса могут быть связаны с ними? Если они не существуют, как их создать?

Предположим, что клиент с травматическим анамнезом учится воспринимать точку зрения других и использовать этот навык для осознания своих потребностей. Практика сострадательного слушания способствует развитию самосострадания, если эта связь выстраивается намеренно, но если человек социально изолирован, этому не бывать. С другой стороны, поиск защитника для детей, подвергшихся насилию, может позволить клиенту создать самоподдерживающийся цикл, в котором проявление доброты и осознанности по отношению к самому себе служит моделью для работы с детьми, а проявление сострадания к детям поддерживает модель самосострадания. Самоподдерживающиеся полезные циклы можно искать во многом таким же образом, как самоподдерживающиеся бесполезные циклы идентифицируются в функциональном анализе, основанном на процессах.

Практика и повторение ключевых процессов изменений

Единственный наиболее важный процесс сохранения для психологических процессов изменения — повторение. “Я практикую” — это распространенная фраза среди людей, которые медитируют, но нет никаких причин, по которым она не должна быть мантрой для тех, кто пытается изучить все здоровые процессы изменений — от переоценки навыков до ценностей, от самоэффективности до самопринятия. Метаанализ давно показал, что домашняя работа и целенаправленная практика способствуют положительным результатам доказательной терапии. По этой причине превращение домашней работы, ориентированной на процесс, и преднамеренной практики во вмешательство — ключевая особенность РВТ. Мы неоднократно просили вас, как читателя, работать над новыми навыками и делали это в виде последовательной серии взаимосвязанных действий. То же самое должно относиться к вашим клиентам.

Интеграция здоровых процессов в широкие схемы действий

Схемы действий имеют собственный импульс. Лучшая подсказка будущих действий — действие в прошлом, поскольку неоднократно происходят психологические коррекции. Приобретение нового навыка требует особого внимания, но его сохранение включает в себя обучение тому, как при необходимости использовать его, даже когда он не в фокусе. Хороший способ сделать это — связать новые навыки с существующими позитивными привычками. Например, терапевт РВТ учит клиента проводить быстрое сканирование тела продолжительностью в одну минуту в начале дня, чтобы обнаружить любые эмоциональные проблемы, которые были без необходимости перенесены с предыдущего дня. Если клиент всегда пьет кофе по утрам и читает газету, возможно, лучше всего попытаться связать сканирование тела с моментом, когда кофейная чашка касается стола, а клиент садится в свое кресло. Поможет практика, пока навык не станет частью более крупной схемы.

Обычно у клиентов есть мысленный список того, что они делают почти каждый день, чего-то “обязательного”. Это именно то, что надо, чтобы внедрить новые процессы.

Повторное появление проблемных областей в качестве сигналов для позитивных процессов изменений

Психологические изменения не проходят гладко; всегда есть подъемы и спуски. Вместо того чтобы ждать “рецидива”, лучше подумать о том, где и как стабильная система может выйти из строя и как это заметить. Одним из наиболее надежных признаков изменения в динамической системе является “мерцание” — краткие периоды, в течение которых связи внутри сети меняются, а затем возвращаются к предыдущему состоянию.

Вероятно, вы замечали это явление, когда пытались выработать привычку. Например, если у вас новая диета, где нужно избегать сахара и продуктов с высоким содержанием углеводов, вы могли неожиданно поймать себя на том, что, проходя через кухню, хватаете маленькую конфетку, всего за несколько часов или дней до того, как совсем бросить диету.

Анализ динамических систем показал, что мерцание предвещает крупномасштабные системные изменения в положительном и отрицательном направлении. Терапевты интуитивно осознают это. Специалист, работающий над эмоциональной открытостью, заметит слезящиеся глаза или дрожащие губы и поймет, что есть возможность для роста. Специалист, проводящий родительский тренинг, научит родителей, как поймать хорошее поведение ребенка, отметив движение в правильном направлении и развивая его.

Нужно следить за позитивными и негативными вспышками во время сеанса, но клиенты тоже могут научиться замечать эти признаки. Через незначительные промахи или рискованные, на первый взгляд не относящиеся к делу действия переосмысливаем процессы изменений. Например, во время анализа единственного случая, когда вы хватаете конфету, может выявиться мысль типа “Я заслуживаю угощения, поскольку так долго правильно питался и, наконец, добился реальных успехов”. Этот когнитивный паттерн (“Я нарушаю правила, потому что мне причитается”) сам по себе хорошо известен и глубоко укоренен. Возможно, он связан с долгой историей почти детского потакания своим желаниям.

С небольшой поправкой мудрый терапевт поможет установить похожий, но более полезный когнитивный паттерн (например, “Нужно быть добрым к себе, ведь я смог серьезно измениться” и “Нужно быть добрым к себе, ведь я придерживаюсь своего слова, а не нарушаю его”). Такого рода

осознанность закрепляет здоровую привычку замечать хитрости (“отмазки” или “поощрения” для поддержания желаемого поведения, например, покупки небольшого предмета одежды или посещения спа-салона, когда появляются мысли “Я должен”).

Применение принципов поддержания

Стоит напомнить вам, как эти пять критериев применялись ранее в этой книге. Возьмем случай Майи, клиентки с хронической болью, которая получила травму на работе и была охвачена руминациями, гневом, чувством несправедливости и ограничивала свою активность. Зайдя с другой стороны, терапевт и клиентка сделали упор на осознанность и передышку от беспокойства с целью справиться с руминацией, страхом перед повторной травмой, подавить внимание к боли. В основном это стало возможным благодаря двум разным взглядам на процессы внимания. Стоит отметить, что, хотя проблемные аспекты были ключевым фактором, гибкость внимания воздействует и на другие части сети, особенно ограничение активности и чувство несправедливости. Фокус терапевта на значимых целях помог клиентке выработать привычку заниматься спортом со своим соседом. Участие в профсоюзе работников придало смысл и поведенческую цель переживаниям Майи и влияющему на них чувству несправедливости. Терапевт Майи сосредоточился на эмоциональной открытости и потребностях здоровья, чтобы поощрять физические упражнения. Это пример *фокуса на процессах изменений*, а не на непосредственных результатах упражнений как таковых.

Связь с ежедневным занятием спортом имеет шанс закрепиться, поскольку связана с позитивным социально полезным опытом. Это не просто способно вернуть цель жизни Майи, но и вдохновить ее на достижение здоровых целей, создав своего рода *самоподдерживающийся цикл обратной связи*. Новые реакции на мысли и чувства соотносим со спортом и социальной жизнью, создавая *связную модель действий*, более устойчивую к изменениям. Терапевт даже предполагал, что гнев может возникнуть, чтобы нарушить паттерн, но поощрял клиента видеть в гневе сигнал и позитивную мотивацию. Таким образом, все пять принципов включены в этот план.

Жизнь — это процесс, который нужно прожить, а не проблема, которую нужно решить

Один из глубоких уроков терапии, основанной на процессах, заключается в том, что терапия — это не “раз и навсегда”. Терапия существует не только для одного из пяти человек со стандартным психиатрическим диагнозом. Процессы изменений могут стать руководством к человеческому росту и жизнестойкости. Другими словами, это набор инструментов. “Пять из пяти” методов для лучшей жизни и благополучия в соответствии с подходом “через проблемы к процветанию”.

Никому и в голову не придет сказать человеку с проблемами физического здоровья: “О боже! Я думаю, теперь тебе нужно тренироваться!” Тем не менее, как ни странно, это именно то, что наиболее распространено в области психического здоровья и жизнестойкости. Причина проста: модель скрытого заболевания вводит в заблуждение как общественность, так и врачей. Подход, основанный на процессах, предлагает другой путь, потому что исследования в разных областях показывают, что здоровые процессы изменений, которые выявляют в науке о вмешательстве, также подходят для позитивных изменений в жизни. Признавая более широкие последствия изменений, основанных на адаптивных процессах, мы способны “расширять и укреплять” эти адаптивные процессы.

В прикладной психологии давно известно, что люди, которые развиваются и имеют социальные связи, с меньшей вероятностью столкнутся с проблемами психического здоровья и с большей вероятностью справятся с важными жизненными задачами. Этот эффект возникает отчасти потому, что здоровые процессы изменений ответственны за позитивный рост.

В РВТ ЕЕММ поможет применить процессы изменений к позитивному жизненному росту, а не только к проблемам психического здоровья. Даже если первоначальная причина консультации была ориентированной чисто на проблему, прежде чем завершить работу с клиентом, следует рассмотреть каждую из шести верхних строк ЕЕММ с точки зрения психологически позитивных процессов изменений и желаемых целей клиента. Затем нужно проделать то же самое для социокультурного уровня ЕЕММ с особым упором на дружеских, семейных и интимных отношениях человека. Наконец, следует изучить биофизиологический уровень ЕЕММ.

В каждой строке ЕЕММ ищите здоровые вариации, отбор и сохранение в контексте и подумайте, что наилучшим образом подтолкнет вашего клиента

к желанному благополучию, используя навыки процесса посредством терапии, чтобы взглянуть на рост с точки зрения стратегии “расширяй и укрепляй”. Такого рода работа не всегда продолжается долго, потому что система здравоохранения на самом деле ориентирована не на здоровье, а сосредоточена на лечении болезней, и оплата за работу такого рода ограничена.

По этой причине в нынешних системах медицинской помощи подобная работа проводится в рамках профилактики рецидивов, планирования выписки или поддержания и т.д. В других системах работа по профилактике психического и поведенческого здоровья, эффективности работы, лидерству, командной работе, обучению разнообразию, снижению веса, отказу от курения, профилактике травматизма и тому подобному может привлечь ресурсы для реализации концепции “через проблемы к процветанию”, которая подразумевается в РВТ.

К настоящему времени вы хорошо знакомы с психологическими аспектами ЕЕММ, поэтому нет необходимости повторно представлять их здесь. Обратим внимание на социокультурные и биофизиологические процессы. В табл. 12.1 показан социокультурный уровень ЕЕММ. Для иллюстрации модель из примера воплощает идею социально расширенных психологических процессов для фокусирования на целях процветания. Она взята из модели психологической гибкости, которая используется в АСТ.

ЕЕММ показывает, что нетрудно улучшить навыки гибкости в измерениях когниции, аффекта, селф, внимания, мотивации и открытого поведения, а также расширить их в социальном плане. В модели психологической гибкости такие навыки, как когнитивное разделение, принятие, восприятие перспективы селф, гибкое внимание к настоящему моменту, ценностям и действиям, легко распространяются на социальные процессы изменений в областях взаимопонимания, сострадания, привязанности и сознательной связи, совместного внимания, общих ценностях и признания, а также общих обязательств. Это своего рода путеводитель: как перейти от проблемного фокуса к процветанию посредством процессов изменений в качестве ориентира.

Предположим, РВТ помогла клиенту развить отличные навыки принятия и разделения, связанные с основанной на ценностях экспозицией. С другой стороны, у клиента появляется новый набор навыков, основанных на процессах. Таким образом, клиент с большей готовностью делится ценностями с другими и благодаря навыкам принятия и разделения развивает сострадание и взаимопонимание в социуме. Это сочетание — формула для социальной поддержки.

Таблица 12.1. Социально расширенные процессы адаптивной психологической гибкости¹²

		Здоровая вариативность	Критерии отбора	Сохранение	Контекст
Измерения	Когниция	Взаимопонимание	Функциональная согласованность	Концепция “расширяй и строй” и интеграция крупных схем	Сознательное внимание для поддержания равновесия
	Аффект	Сострадание	Чувство		Ключевая сила процесса
	Селф	Привязанность и сознательная связь	Принадлежность		
	Внимание	Совместное внимание	Ориентация		
	Мотивация	Общие ценности и признание	Смысл	Ключевая сила процессов	Мониторинг для поддержания обязательства, основанного на ценностях
	Открытое поведение	Общие обязательства	Навык		

Это было хорошо видно на примере Майи. Сосредоточившись на участии в профсоюзе работников в конце терапии, она смогла проявить эмоциональную открытость и мотивацию, основанную на ценностях, что было оборотной стороной ее чувства несправедливости.

Дело в том, что наука о вмешательствах может внести большой вклад в позитивную психологию и культурное развитие в широком спектре областей, от расизма до политического исцеления, от иммиграции до изменения климата, от бедности до просоциального поведения. Как только процессы изменений станут понятны, нет причин ограничивать науку о клиническом вмешательстве кабинетом терапевта. Этим процессам место в наших домах и государственных учреждениях, на улицах и экранах телевизоров. Эти процессы относятся к жизни тех, о ком мы заботимся.

¹² Авторские права принадлежат Стивену С. Хейсу. Воспроизводится с его разрешения. — *Примеч. авт.*

Инструменты РВТ на практике

Мы хотим завершить книгу набором дополнительных рекомендаций о том, как использовать аналитические инструменты и терапевтическую восприимчивость в рамках процесса. РВТ — обширная область, и хотя эта книга предназначена в первую очередь для врачей-психиатров, описанные инструменты подойдут любому специалисту по вмешательствам — от наставников до тренеров для родителей, от специалистов по развитию детей до геронтологов.

Мы также должны с самого начала отметить, что РВТ основана на сетевом мышлении, но она не является синонимом сложного сетевого анализа как такового. В книге особое внимание уделено инструментам сетевого анализа, потому что это один из самых мощных методов развития процессно-ориентированного мышления, но цель — организованное и динамичное задействование процессов изменений, а не конкретная методология.

Со временем опытные терапевты, работающие с процессами, способны интуитивно создавать динамические системы сходу даже без формального построения сетей. В этой связи стоит признать, что некоторые из практических инструментов, которым терапевт уже обучен (традиционный функциональный анализ, концептуализация случая, техника падающей стрелы в когнитивной терапии, матрица в АСТ и т.д.), на самом деле являются мини-сетевыми инструментами, которые могут быть частью более масштабного подхода РВТ. Этих инструментов слишком много, чтобы перечислить их все, но рекомендуем использовать дополнительные инструменты, если они содействуют работе с процессами. Мы не должны путать какой-либо конкретный инструмент с сутью самого подхода, и по мере развития РВТ ожидаем пополнения спектра инструментов оценки и анализа, которые, как было показано, помогают в РВТ.

Все диаграммы в книге можно легко нарисовать с помощью инструментов, которые, скорее всего, есть у вас на компьютере прямо сейчас в виде графиков или презентационных программ. Мы нарисовали диаграммы с помощью бесплатной онлайн-программы под названием `diagrams.net`. Поднаторев в ее использовании, можно легко перерисовывать целые сети за считанные минуты.

Начнем с некоторых рекомендаций о том, как лучше всего убедиться, что сетевой анализ выполним и полезен. Вы не будете придерживаться громоздкого метода, который не улучшает результаты, поэтому акцент на эффективности должен быть частью самого процесса обучения.

Работа над сетью вместе с клиентом

Вероятно, самый быстрый способ сделать использование сетевого анализа более простым, актуальным и не затратным — это создавать сети во время сеанса с клиентами. Конечно, не с каждым клиентом это возможно, и нужно знать, как лучше всего это осуществить, но у такого подхода есть несколько основных преимуществ.

Во-первых, узлы и связи в сети РВТ должны быть эмпирическими, а не только концептуальными. В долгосрочной перспективе этого лучше всего добиться с помощью автоматизированных инструментов, связанных с повторной оценкой, но быстрый способ начать — положиться на реальный опыт клиента. Легко создавать сети прямо во время сеанса под руководством клиента и проверять по ходу работы, соответствует ли схема его опыту. Стрелки на сетевых диаграммах — это просто условные вероятности, и клиент, как правило, будет много знать о том, каковы эти условные вероятности в его опыте, если правильно спросить. Следует держаться подальше от синдромальных или других оценочных терминов (таких как “большая депрессия” или “ПТСР”) и вместо этого применять описательные термины, используя язык клиентов. Из идиографических исследований самоотчетов клиентов нам известно, что сравнивать оценки частоты (возникновения наблюдаемого поведения) между клиентами сложнее, чем у каждого из них в отдельности. К счастью, хорошо выстроенные сети формируются на основе *внутренней* согласованности человека в отношении доминирующих особенностей, а не на согласованности между людьми в отношении того, во что выльются словесные оценки наблюдаемых действий.

Есть исключения. На некоторых так основательно повлияли категории DSM или МКБ, что они не могут описать свой опыт. Возможно, они также утратили ощущение собственной памяти, чувствуя ограничения расплывчатого, но болезненного ярлыка-диагноза или состояния ума (например, “Я действительно в депрессии”). Таким образом, совет использовать взгляды клиентов не универсален, но когда это возможно, он может быть очень эффективным.

Наводящие вопросы в главах 4–6 помогут разобраться в реальном опыте клиентов. Конкретные вопросы о том, что они делают, как складывается их жизнь, когда что-то работает, а когда нет, часто показывают: у человека на самом деле есть много информации, используемой для понимания и изменения процессов вариативности и отбора. Но клиенты этого не делают, потому что не знают, где ее найти или как сформулировать. Среднестатистический человек не рассматривает собственную жизнь как сеть и не думает о вариативности и выборочном сохранении в контексте, связанном со способами бытия и действий. Не нужно пытаться учить клиентов столь сложным терминам (они предназначены для терапевта), — но можно спросить, что к чему и когда приводит.

Основное потенциальное преимущество проведения сетевого анализа совместно с клиентами — повышение шансов достижения общего понимания. По мере того как сеть обретает форму, можно задавать такие вопросы.

- Все правильно?
- Соответствует ли это вашему опыту?
- Чего-нибудь не хватает?
- Есть ли что-то, на чем мы акцентируем слишком много или слишком мало внимания?
- Что вы думаете?
- Это действительно двусторонняя связь или, скорее, улица с односторонним движением?

Вы получите немедленную реакцию. Выполнение сетевого анализа во время сеанса также значительно сокращает временную нагрузку.

Работа с множеством случаев требует перерывов, а свободного времени немного. Создание сетей на сеансе — способ сэкономить время. К счастью, терапевт проводит терапию, даже когда излагает проблемы. Сетевой анализ — мощное средство повышения эффективности.

Самое большое влияние терапевтического альянса с точки зрения положительных результатов заключается в том, что вы и клиент находитесь на одной волне относительно сути проблемы и вариантов ее решения. Клиент — эксперт в собственной жизни, но не эксперт в процессах изменений. Привнося знания о процессах изменений и приспособлявая их к реальной жизни клиента, мы помогаем человеку увидеть, что он не сломлен — просто система поймала его в ловушку.

Это совместное усилие само по себе обладает терапевтическим эффектом. Например, наблюдение за тем, как бессмысленные схемы выполняют бесполезные функции, часто само по себе устраняет или уменьшает их. Так, факт избегания обязательно означает, что существует нечто скрытое, и это подталкивает двигаться вперед.

Система записей на сеансе РВТ

Проблема записей раскрывает еще одно практическое преимущество сетевого анализа: нетрудно делать заметки на сеансах, связанные со стратегиями РВТ. Многие системы связывают записи с результатами, и ясность подхода, основанного на процессах, делает все относительно простым.

Если система медицинской помощи требует традиционного психиатрического диагноза, конечно, это необходимо обеспечить. Если система требует внимания к симптомам, попробуйте делать заметки, используя больше терминов для наблюдений (например, “подавленное настроение” вместо “депрессия”), но затем сосредоточьтесь на согласованных с ближайшими целями процесса целях терапии. Например, предположим, что человек избегает работы из-за тревоги. Целью процесса может быть эмоциональная открытость, на что указывает гибкость реагирования и функциональность при наличии сложных эмоций, включая посещение терапии, способность исследовать и описывать сложные эмоции во время сеанса, готовность участвовать в экспозиционных упражнениях и сокращение прогулов. Какая бы система ни существовала (например, ориентированные на проблему медицинские записи, описание субъективных и объективных данных до оценки и составления плана), обычно к ней можно приспособить исследование процесса.

Связывая цели процесса с результатами, которые являются непосредственными, промежуточными и долгосрочными, включение результатов фактически становится организационным процессом, так что изменения клиентов становятся ближайшими результатами. То же самое используем

на сеансе, будучи ответственными перед клиентом за результат, что смещает фокус на процессы.

Преимущество этого подхода заключается в том, что данные экологической мгновенной оценки (ЕМА), периодические измерения процесса, измерения в конце сеанса, наблюдение за действиями во время сеанса и тому подобное становятся единым целым. Делать заметки о готовности человека говорить о трудных эмоциях во время терапии без избегания чем-то похоже на поиск жизненных ситуаций и баланса в них, даже если они вызывают те же трудные эмоции. По сути, ведение заметок и формальная и неформальная конкретная оценка становятся способом отследить изменения с учетом конечных целей.

Этот подход станет более автоматизированным, поскольку повторная оценка и данные ЕМА доступны через приложения клинической поддержки, а сила и структура сетей и подсетей могут быть измерены автоматически. Инструменты такого рода уже появляются, но еще до того, как они станут широкодоступными, можно прибегнуть к уже описанному.

В книге подчеркивается, что любой процесс изменений — часть общей системы. Таким образом, действительно нужно периодически проверять общую сеть и следить за тем, как все меняется.

Упростить сетевую модель

Человеческие жизни сложны. Подумайте о том, что потребовалось бы, чтобы написать полную биографию почти любого, кого вы хорошо знаете. Вероятно, труд получился бы внушительный, и все равно было бы о чем еще сказать.

К счастью, клинические вмешательства — это лишь часть истории жизни отдельного человека. Сложная сеть клиентов — это не биография, это инструмент для проникновения в суть того, что важно для принятия мудрых решений о вмешательстве и отслеживания прогресса в достижении согласованных целей.

Если цель неустойчива, то сети растут неоправданно. Они могут стать чрезмерно сложными. Изначально нужен достаточно широкий подход, чтобы получить целостную картину ситуации клиента, подкрепленную практической целью упражнений. Изначально в сложности сети нет ничего плохого, если она кажется подходящей, но нет необходимости использовать “полную” сеть с чрезмерной сложностью. Если чего-то действительно важного не хватает, это, как правило, проявляется по мере вмешательства.

Чаще всего вмешательство сфокусировано на определенных областях, а комплексная сеть пересматривается лишь периодически и упрощается по ходу терапии. Например, по мере того, как части сети становятся объектом терапии, обычно нетрудно описать и отследить границы или подсети, используя всего одно или два предложения для обобщения этого аспекта сети. Двух- или трехузловую сеть легко нарисовать от руки и обращаться к ней на сеансе или поместить в записи.

Сети могут быть упрощены несколькими способами. Лучшая сеть — это простая сеть, соответствующая целям функционального анализа на основе процессов. Единственной наиболее важной целью всех терапевтических мер является выбор и применение вмешательства таким образом, чтобы максимально приблизить достижение цели. Другие цели включают в себя способность понимать и описывать случай, отслеживать прогресс и собирать знания, которые повышают эффективность в конкретной области. Короче говоря, инструменты помогают понять, что делать, и полезно все, что может упростить терапию без снижения положительного воздействия. Например, путем объединения узлов сети на основе схожих функций.

Предположим, человек страдает руминациями, беспокойством и прокрастинацией. С самого начала они могут быть смоделированы как отдельные узлы, но если окажется, что они имеют схожие функции и задействуют схожие процессы, в один узел можно уместить все аспекты. Например, все три можно признать чертами перфекционизма, возможно, вызванными страхом социального отвержения. По мере прояснения функций терапевт сможет без особых трудностей упростить сеть.

Другой путь — работа только с информацией, обладающей практическим значением с учетом цели вмешательства. Это похоже на классическую идею поведенческой терапии о воронке оценки [11] с широкой основой, которая сужается по мере прояснения основных проблем. Аналогично по мере того, как конкретные цели становятся более важными, второстепенные цели и связанные с ними события отбрасывают. Отчасти это продиктовано практическими соображениями. Если проблема вряд ли будет решена в ближайшее время и, по-видимому, имеет незначительное отношение к той, что стала объектом терапии, ее можно исключить. Конечно, если позже актуальность второстепенной проблемы станет очевидной, ее можно будет снова включить в анализ.

Замечательно, когда случаи рассматриваются комплексно. В случае с Майей, например, в какой-то момент необходимость отслеживать ее руминации исчезнет. Тогда удалите этот компонент из сети. Хотя вам больше

не нужен этот клинический инструмент, это не значит, что вы его забыли. Можно повторно рассмотреть проблему, планируя завершение терапии.

Другой источник упрощения — теория. По мере применения ЕЕММ к сети, а затем задействования конкретных методов важность узлов и связей может уменьшаться. Когда вы поймете, что они не являются центральными эмпирически и концептуально, отбросьте их. Сложность без цели только отвлекает.

Работа с иерархией процессов

Некоторые из наиболее важных и изученных процессов изменений распространяются на все компоненты ЕЕММ. Осознанность — это не только внимание, но и аффективный, когнитивный аспект, кроме того, она затрагивает вопросы селф. Руминация и беспокойство касаются внимания и когниции, а также затрагивает проблемы аффекта. Психологическая гибкость охватывает все шесть психологических измерений. Все чаще обнаруживаются биофизиологические измерения, связанные с такими процессами, и их социокультурное расширение.

По мере того как подход РВТ набирает силу, мы обнаруживаем объединение отдельных случаев в функциональные аналитические категории. Возможно, вскоре станет возможным связать случай с “прототипом процесса”, в котором номотетически доступна характерная сеть, суммирующая множество конкретных сетей и иерархических процессов, которые содержат и организуют более специфические процессы изменений.

Этот день приблизится, если вы заметите, как процессы изменений выстраиваются в иерархические структуры. Этот процесс начался с того, что сохранение и контекстуальная восприимчивость естественным образом выделяют одни аспекты процесса среди других.

Нужно быть внимательными, потому что эмпирических данных недостаточно, чтобы понимать, какими будут эти иерархические схемы и прототипы процессов. Мы заметили, что терапевты, использующие сетевые инструменты, создают и модифицируют их сходу мысленно. Мы еще не достигли того уровня, когда большинство исследователей могут взглянуть на сеть в эмпирическом исследовании и понять, что это значит. Если мы правы и область движется в идиографически ориентированном направлении, основанном на процессах, освоение такого динамичного мышления приведет к серьезным изменениям в исследованиях и практике.

Совместное использование сетей с коллегами

Поскольку мышление с фокусом на процессе проникает в клиники и системы медицинской помощи, целые команды теперь используют функциональный анализ на основе процессов на тематических конференциях и сетевые инструменты в презентациях случаев. Это замечательно. Мы обнаружили, что фокус на процессе быстро разрушает барьеры между поведенческим, когнитивным, психодинамическим, системным, гуманистическим и другими направлениями.

Предлагаем всем, кто работает в команде различных специалистов, представлять процессы изменений в качестве основного направления, но избегать борьбы за термины. Если руководство предпочитает ту или иную модель либо процесс вашей модели или процессу, попробуйте оценить и то, и другое и открыто рассмотреть свой случай с обеих точек зрения. Будьте открыты, и пусть опыт и данные руководят действиями.

Изучив процесс, попытайтесь зайти в контекстуальный уровень, заключенный в расширенном эволюционном синтезе вариаций, отбора, сохранения и контекста. Используйте соответствующие здравому смыслу термины, если эволюционные кажутся спорными (все терапевты так или иначе говорят о здоровых изменениях, позитивных функциях, сохранении достижений и восприимчивости к ситуации). С этого момента мини-сеть поможет всем мыслить более точно, и анализ сети станет естественным следующим шагом.

Самое большое сопротивление, с которым мы столкнулись, исходит не от тех, кто цепляется за определенную теоретическую ориентацию, а от тех, кто цепляется за синдромы и протоколы как за единственный способ проводить доказательную терапию. Фокус на персонализированной медицине — необходимости соответствия эмпирических методов сложности индивидуума — лучший способ справиться с ненужным сопротивлением этим методам.

Эпилог

Мы подошли к концу нашего путешествия. Надеемся, что книга помогла вам научиться применять терапию, основанную на процессах. РВТ не является новой формой терапии. Она возникла в рамках поведенческой и когнитивной традиции, но в принципе применима к любым вмешательствам, для любого населения и с любой теоретической ориентацией. РВТ демонстрирует модель доказательного вмешательства. Здесь приемлемы все подходы, направления и методы, ориентированные на изменение функционирования человека.

Основное внимание в книге уделялось психотерапии, но общий подход мог бы с таким же успехом применяться к организационным изменениям, преподаванию, трудотерапии, прикладному анализу поведения детей с аутизмом и всему списку ориентированных на человека прикладных поведенческих дисциплин.

Мы слишком долго жили внутри ошибочной диагностической системы, которая биомедицинизировала человеческие страдания. Такой подход подвел терапевтов и клиентов, а значит пришло время признать это. Эпоха “протоколов лечения синдромов” в прошлом. Однако она оставила после себя огромный объем знаний о процессах изменений, которые могут быть адаптированы к новому, конкретному, функциональному и контекстуальному подходу с целью избежать эргодической ошибки, разрушить ненужные барьеры между подходами и объединить исследователей и практиков в равноправный альянс. Так мы обеспечим лучший баланс между клиентом, клиническим творчеством и научными основами.

Мы открываем новую главу в истории науки и науки об интервенциях. У нас есть шанс изменить ход выполнения нашей работы, а также изменить нашу роль в культуре. По мере того как мы учимся облегчать страдания и способствовать человеческому процветанию, мы становимся культурно значимыми новым и более мощным образом. И по мере открытия новых способов применения основных доказательных методов терапии (в зависимости от конкретного человека и процесса), мы выходим из эры

универсальности и вступаем в новый мир, в котором имеют значение потребности и опыт отдельного человека.

Мир нуждается в таких знаниях. Теперь.

Наука, технологии и быстрые социальные перемены влияют на нашу способность жить сбалансированно. Современный мир все время бросает людям вызов. Как профессионалы, мы должны поддерживать человечество в том, чтобы оно вступило в меняющийся мир по-новому, сострадательно и эффективно справляясь с психологическими проблемами. Для этого необходимо фундаментальное переосмысление понятия “доказательного вмешательства”. Никому не дано изучить все протоколы для всех синдромов, но вполне возможно научиться поощрять способы мышления, чувства, жизни и взаимоотношений, которые воплощают доказательные процессы изменений и применимы ко многим жизненным ситуациям. Хорошо бы начать с преодоления проблемы психического здоровья, но наука и практика вмешательства не должны остановиться на этом. Клиенты хотят большего; общество нуждается в большем. Существующие данные в рамках наших исследований по психологическому лечению формируют основу для гораздо большего. Но для того, чтобы совершить это путешествие, нам нужно новое видение и новая эмпирическая программа для науки о том, как помочь людям измениться. Нужно научиться создавать и поддерживать процессы изменений, которые действительно имеют значение, — здоровые процессы, расширяющие возможности здорового образа жизни.

Список литературы

1. Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholm, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
2. Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>.
3. Beard, C., Sawyer, A.T., & Hofmann, S.G. (2012). Efficacy of attention bias modification using threat and appetitive stimuli: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 43(4), 724–40. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.002>.
4. Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. (Аарон Бек. Когнитивная терапия расстройств личности. — Питер, 2002. — 544 с.)
5. Border, R., Johnson, E.C., Evans, L.M., Andrew Smolen, A., Berley, N., Sullivan, P.F., & Keller, M.C. (2019). No support for historical candidate gene or candidate gene-by-interaction hypotheses for major depression across multiple large samples. *American Journal of Psychiatry*, 176(5), 376–387. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070881>.
6. Chase, J.A., Houtmanfar, R., Hayes, S.C., Ward, T.A., Vilardaga, J.P., & Follette, V.M. (2013). Values are not just goals: Online ACT-based values training adds to goal-setting in improving undergraduate college student performance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3–4), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.002>.
7. Dawkins, R. (1976). *The selfish gene*. Oxford University Press. (Ричард Докинз. Эгоистичный ген. — АСТ: Corpus, 2013. — 512 с.)
8. Dobzhansky, T. (1973). Nothing in biology makes sense except in the light of evolution. *American Biology Teacher*, 35(3), 125–129. <https://doi.org/10.2307/4444260>.
9. Gates, K.M., & Molenaar, P.C.M. (2012). Group search algorithm recovers effective connectivity maps for individuals in homogeneous and heterogeneous samples. *NeuroImage*, 63, 310–319.
10. Gifford, E.V., Kohlenberg, B., Hayes, S.C., Pierson, H., Piasecki, M., Antonuccio, D., & Palm, K. (2011). Does acceptance and relationship-focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700–715. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>.

11. Hawkins, R.P. (1979). The functions of assessment: Implications for selection and development of devices for assessing repertoires in clinical, educational, and other settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(4), 501–516. <https://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-501>.
12. Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).
13. Hayes, S.C., & Hofmann, S.G. (Eds.) (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications. (Стивен С. Хейс, Стефан Г. Хофманн. *Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на процесс*. — Диалектика, 2022. — 592 с.)
14. Hayes, S.C., & Hofmann, S.G. (2020). *Beyond the DSM: A process-based approach*. Context Press / New Harbinger Publications.
15. Hayes, S.C., Hofmann, S.G., Ciarrochi, J., Chin, F.T., & Baljinder, S. (2020, December). *How change happens: What the world's literature on the mediators of therapeutic change can teach us*. Invited address given to the Evolution of Psychotherapy Conference, Erickson Foundation.
16. Hayes, S.C., Hofmann, S.G., Stanton, C.E., Carpenter, J.K., Sanford, B.T., Curtiss, J.E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>.
17. Hayes, S.C., Hofmann, S.G., & Wilson, D.S. (in press). Clinical psychology is an applied evolutionary science. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101892>.
18. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy (2nd ed.)*. Guilford Press. (Стивен С. Хейс, Кирк Д. Штротсаль, Келли Г. Уилсон. *Терапия принятия и ответственности. Процессы и практика осознанных изменений*. — Диалектика, 2021. — 544 с.)
19. Hesser, H., Westin, V., Hayes, S.C., & Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 523–528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.002>.
20. Hofmann, S.G. (2011). *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*. Wiley-Blackwell.
21. Hofmann, S.G., Curtiss, J.E., & Hayes, S.C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical Psychology Review*, 76, 101824. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101824>.
22. Hofmann, S.G., & Hayes, S.C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>.
23. Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psy-*

- chiatry*, 167(7), 748–751. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>.
24. Kazantzis, N., Luong, H.K., Usatoff, A.S., Impala, T., Yew, R.Y., & Hofmann, S.G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
 25. Klepac, R.K., Ronan, G.F., Andrasik, F., Arnold, K.D., Belar, C.D., Berry, S.L., Christoff, K.A., Craighead, L.W., Dougher, M.J., Dowd, E.T., Herbert, J.D., McFarr, L.M., Rizvi, S.L., Sauer, E.M., & Strauman, T.J. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687–697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.002>.
 26. Levin, M.E., Hildebrandt, M.J., Lillis, J., & Hayes, S.C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741–756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>.
 27. Olfson, M., & Marcus, S.C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456–1463. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>.
 28. Paul, G.L. (1969). Behavior modification research: design and tactics. In C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29–62). McGraw-Hill.
 29. Probst, T., Mühlberger, A., Kühner, J., Eifert, G., Pieh, C., Hackbarth, T., & Mander, J. (2020). Development and initial validation of a brief questionnaire on the patients' view of the in-session realization of the six core components of acceptance and commitment therapy. *Clinical Psychology in Europe*, 2(3), e3115. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.3115>.
 30. Tinbergen, N. (1963). On aims and methods of ethology. *Zeitschrift fuer Tierpsychologie*, 20(4), 410–433. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0310.1963.tb01161.x>.
 31. Waddington, C.H. (1953a). Genetic assimilation of an acquired character. *Evolution*, 7, 118–126.
 32. Waddington, C.H. (1953b). Epigenetics and evolution. *Symposia of the Society of Experimental Biology*, 7, 186–199.
 33. Wegner, D.M. (1994). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. Guilford Press.
 34. Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J., Bearman, S.K., Daleiden, E.L., Ugueto, A.M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D.A., Southam-Gerow, M.A., Gibbons, R.D., & the Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ПРОЦЕСС

**Стивен С. Хейс
Стефан Г. Хофманн**



www.dialektika.com

Эта книга — первый труд, основанный на новых стандартах обучения клиническим компетенциям, созданных Межорганизационной рабочей группой по научной подготовке специалистов в области когнитивной и поведенческой психологии. Авторы создали новаторскую и современную книгу, ставшую квинтэссенцией лучшего из поведенческой терапии, анализа поведения, когнитивной терапии и терапии, основанной на принятии и осознанности. В ней подчеркиваются основные процессы изменения во время терапевтического вмешательства, необходимые каждому клиницисту. Книга должна помочь в закладке фундамента новой эры процессуальной терапии, выходе области за пределы ее замкнутости и приведения к эпохе научно-прикладного прогресса, которая положительно скажется на жизни тех, кому служат терапевты.

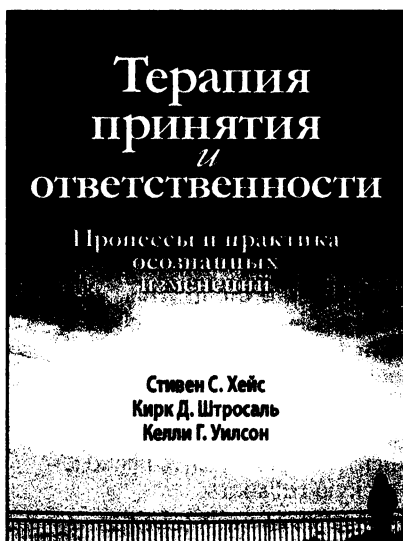
ISBN: 978-5-907458-91-8

в продаже

ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ

ПРОЦЕССЫ И ПРАКТИКА ОСОЗНАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

**Стивен Хейс
Кирк Д. Штротсаль
Келли Г. Уилсон**



www.dialektika.com

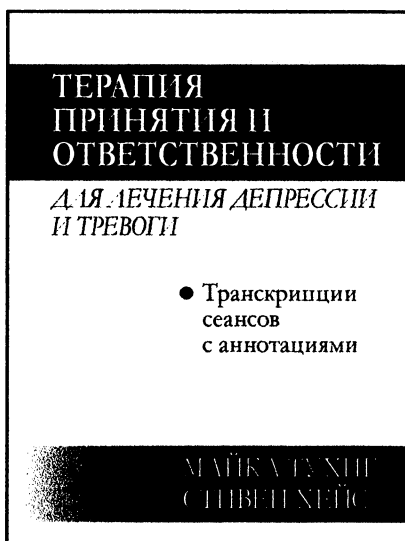
ISBN 978-5-907365-43-8

Терапия принятия и ответственности (ТПО) была представлена в первом издании этой книги в 1999 году. Результатом ее развития стал значительный концептуальный, технологический и эмпирический прогресс. В этом издании основное внимание уделяется *модели психологической гибкости как единой модели функционирования человека*. Эта книга — не столько пошаговое клиническое руководство, сколько учебник по практике ТПО. Она предназначена для тех, кто только начинает изучать модель, а также для тех, кто уже имеет большой опыт ее использования. Практикующим терапевтам необходимо научиться видеть процессы психологической гибкости *в данный момент* и реагировать на них в соответствии с моделью, и эта книга предназначена для того, чтобы помочь им достичь именно этой цели. Здесь авторы попытались облегчить понимание важнейших основ ТПО — функционального контекстуализма и ТРФ. Авторы сделали стратегию развития, *контекстуальную поведенческую науку* (КПН), как можно более очевидной. Книгу необходимо прочитать всем, кто занимается психотерапией или поведенческой терапией, а также студентам, изучающим свою профессию.

в продаже

ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ ТРАНСКРИПЦИИ СЕАНСОВ С АННОТАЦИЯМИ

**Майкл Тухиг,
Стивен Хейс**



www.dialektika.com

В данной книге содержатся транскрипции реальных терапевтических сеансов. В приведенных диалогах демонстрируются типичные ситуации, возникающие в клинической практике, а в комментариях авторы книги объясняют, как идентифицировать шесть базовых процессов АСТ и как помочь клиентам развить психологическую гибкость. В рамках детально описываемой программы терапевт помогает клиенту побороть гнев, тревогу и депрессию.

Основные темы книги:

- поведенческие индикаторы, свидетельствующие о необходимости проработать конкретный терапевтический процесс;
- полезные упражнения, с помощью которых клиенты могут развить психологическую гибкость;
- оценка прогресса и структурирование сеансов для достижения максимальных результатов;
- различные терапевтические методики АСТ.

ISBN 978-5-907458-03-1

в продаже

Пошаговое руководство по практическому применению терапии, основанной на процессах

Доказательные методы терапии, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), уже давно определены в рамках научно обоснованных протоколов, ориентированных на синдромы. Ситуация быстро меняется. В настоящее время, по мере того как уходит эпоха “протоколов лечения синдромов”, в доказательной терапии особое внимание уделяется процессу. В этой новаторской книге предлагаются конкретные стратегии внедрения подхода, основанного на процессах, в клиническую практику, а также пошаговое руководство по разработке эффективного плана лечения.

В справочнике, написанном известными психологами Стивеном С. Хейсом и Стефаном Г. Хофманном, показано, как использовать ключевые аспекты терапии, основанной на процессах (РВТ), с учетом поведенческих и когнитивных аспектов КПТ, а также принципов принятия и осознанности, соединив их с другими моделями. Книга содержит подробный путеводитель по теоретическим основам РВТ, а также техникам разработки индивидуальных методов лечения с учетом уникальных потребностей каждого клиента ради достижения лучших терапевтических результатов. Клиницисты и все изучающие поведенческие науки найдут в этой книге все необходимое, чтобы понять и применить на практике РВТ.

Замечательный набор инструментов и концептуальный путеводитель для клинициста. Это голос современной КПТ, и он звучит ясно.

— Роберт Л. Лихи, д-р философии, директор Американского института когнитивной терапии

Стефан Г. Хофманн — д-р философии, обладатель премии Гумбольдта кафедры клинической психологии Марбургского университета им. Филиппа; профессор психологии на кафедре психологии и наук о мозге Бостонского университета; главный редактор журнала *Cognitive Therapy and Research*. Вместе со Стивеном С. Хейсом разработал терапию, основанную на процессах.

Стивен С. Хейс — д-р философии, профессор Фонда Невады на кафедре психологии Университета Невады в Рино, президент многочисленных профессиональных организаций и автор 47 книг и более 650 научных статей.

Дэвид Н. Лоршейд — коуч и автор книг. Получил степень бакалавра психологии в Университете Радбуда в Неймегене, Нидерланды. Лоршейд специализируется на оказании помощи людям с низкой самооценкой и социальной тревожностью.